



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

**Depresión en pacientes pediátricos con estancia
hospitalaria prolongada y en cuidadores primarios en
el Instituto Nacional de Salud del Niño en el 2014**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Docencia e

Investigación en Salud

AUTOR

Franklin ARANDA PANIORA

ASESOR

Luis Américo REÁTEGUI GUZMÁN

Lima, Perú

2018



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Aranda F. Depresión en pacientes pediátricos con estancia hospitalaria prolongada y en cuidadores primarios en el Instituto Nacional de Salud del Niño en el 2014 [Tesis de maestría]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2018.



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América



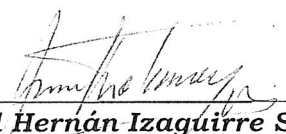
Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado
Sección Maestría

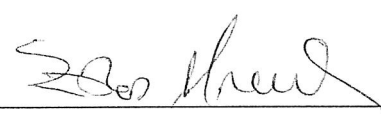
ACTA DE GRADO DE MAGISTER

En la ciudad de Lima, a los 13 días del mes de noviembre del año dos mil dieciocho siendo las 12:00 pm, bajo la presidencia del Dr. Roberto Luis Shimabuku Azato con la asistencia de los Profesores: Dr. Manuel Hernán Izaguirre Sotomayor (Miembro), Mg. Carlos Alberto Saavedra Castillo (Miembro), Mg. Zoila Rosa Moreno Garrido (Miembro) y el Mg. Luis Américo Reátegui Guzmán (Asesor); el postulante al Grado de Magister en Docencia e Investigación en Salud, Bachiller en Medicina, procedió a hacer la exposición y defensa pública de su tesis Titulada: **"DEPRESIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA Y EN CUIDADORES PRIMARIOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO EN EL 2014"** con el fin de optar el Grado Académico de Magister en Docencia e Investigación en Salud. Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, habiendo obtenido la siguiente calificación **C BUENO 16**. A continuación la Presidente del Jurado recomienda a la Facultad de Medicina se le otorgue el Grado Académico de **MAGÍSTER EN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN SALUD** al postulante **FRANKLIN ARANDA PANIORA**.

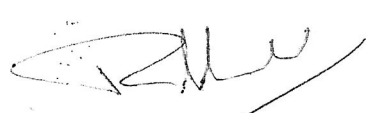
Se extiende la presente Acta en tres originales y siendo las 01:15 pm, se da por concluido el acto académico de sustentación.


Dr. Manuel Hernán Izaguirre Sotomayor
Profesor Principal
Miembro


Mg. Carlos Alberto Saavedra Castillo
Profesor Principal
Miembro


Mg. Zoila Rosa Moreno Garrido
Profesora Auxiliar
Miembro


Mg. Luis Américo Reátegui Guzmán
Profesor Principal
Asesor


Dr. Roberto Luis Shimabuku Azato
Profesor Principal
Presidente

Índice General

Página

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1	Situación Problemática.....	1
1.2	Formulación del Problema.....	3
1.3	Justificación teórica.....	3
1.4	Justificación práctica.....	4
1.5	Objetivos.....	5

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1	Marco filosófico o epistemológico de la investigación.....	6
2.2	Antecedentes de investigación.....	9
2.3	Bases Teóricas	11
2.4	Marco conceptual o Glosario	32

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1.	Tipo de estudio	34
3.2.	Diseño de investigación.....	34
3.3.	Unidad de análisis	34
3.4.	Población de estudio.....	34
3.5.	Prueba piloto.....	34
3.6	Tamaño de la muestra	36
3.7	Selección de la muestra.....	37
3.8	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	38
3.9	Aspectos éticos.....	41
3.10	Análisis e interpretación de la información.....	42

CAPÍTULO 4: RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	43
4.1 Resultados.....	43
4.2 Análisis y discusión de resultados.....	50
CONCLUSIONES.....	57
RECOMENDACIONES.....	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
ANEXO 1.....	69
ANEXO 2.....	71
ANEXO 3.....	72
ANEXO 4.....	74
ANEXO 5.....	75

Lista de Tablas

Tabla 1. Características socio-demográficas del paciente pediátrico.....	44
Tabla 2. Depresión en pacientes pediátricos hospitalizados.....	44
Tabla 3. Niveles de depresión según procedencia.....	45
Tabla 4. Niveles de depresión según tiempo de hospitalización.....	45
Tabla 5. Diagnósticos sin estancia prolongada y sin depresión.....	46
Tabla 6. Diagnósticos con estancia prolongada y sin depresión.....	46
Tabla 7. Diagnóstico, estancia hospitalaria y depresión severa.....	47
Tabla 8. Características socio-demográficas del cuidador primario.....	48
Tabla 9. Ansiedad y depresión según procedencia y estancia hospitalaria.....	49
Tabla 10. Ansiedad, depresión y grado de instrucción.....	49

Lista de figuras

Figura 1. Tipo de patologías atendidas por el cuidador.....	50
---	----

RESUMEN

Objetivo: Determinar la depresión en los pacientes pediátricos y en los cuidadores primarios y su asociación con la estancia hospitalaria prolongada en el Instituto Nacional de Salud del Niño.

Tipo de estudio y diseño: Estudio no experimental, observacional, descriptivo, con análisis transversal.

Población: Pacientes pediátricos hospitalizados mayores de 7 años y los cuidadores primarios de niños hospitalizados en el Instituto Nacional de Salud del Niño.

Intervención: Test de Kovacs para depresión en pediatría a 120 pacientes y el test de Goldberg para evaluar depresión y ansiedad en 240 cuidadores primarios.

Resultados: La presente investigación reporta que hasta un 60% de pacientes pediátricos sufre algún grado de depresión durante su hospitalización con niveles alarmantes de depresión severa (12,5%) que está asociada a alta morbilidad. El 87,5% de los cuidadores primarios presentaron durante la hospitalización de sus pacientes, puntajes sugerentes de depresión y/o ansiedad con el test de Goldberg.

Conclusiones:

Los porcentajes de depresión encontrados en pacientes pediátricos hospitalizados y en los cuidadores primarios son mayores a los de la población general.

No se ha demostrado asociación entre los casos de depresión en los pacientes pediátricos hospitalizados y el tiempo de estancia hospitalaria.

No se ha demostrado asociación entre los casos de depresión en los cuidadores primarios y el tiempo de estancia hospitalaria.

Palabras claves: Depresión, cuidador primario, estancia hospitalaria prolongada.

SUMMARY

Objective: To determine depression in pediatric patients and primary caregivers and relationship with prolonged hospitalized stay in the Instituto Nacional de Salud del Niño.

Type of study and design: Non-experimental, observational, descriptive study, with transversal analysis.

Population: Hospitalized pediatric patients over 7 years of age and primary caregivers of children hospitalized in the Instituto Nacional de Salud del Niño.

Intervention: Kovacs test for depression in pediatrics to 120 patients and the Goldberg test to evaluate depression and anxiety in 240 primary caregivers.

Results: This investigation reports that up to 60% of pediatric patients suffer some degree of depression during their hospitalization with alarming levels of severe depression (12.5%) that is associated with high morbidity and mortality. 87.5% of the primary caregivers presented, during the hospitalization of their patients, scores suggestive of depression and / or anxiety with the Goldberg test.

Conclusions: The percentages of depression found in hospitalized pediatric patients and in primary caregivers are greater than those in the general population.

There are no relationship in the pediatric patient of the presence of the depressive disorder with the hospitalization stay.

There are no relationship in the primary caregiver of the presence of the depressive disorder with the hospitalization stay.

Key words: Depression, primary caregivers, prolonged hospitalized stay.

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1 Situación problemática

La depresión es una de las patologías psiquiátricas más frecuentes en la población general. La depresión en la infancia tiene una prevalencia entre el 1 al 2% sin diferencia de género aumentando hasta en un 15% en las adolescentes, con deterioro psicológico, social y académico (Bonet de Luna, 2011). En el Perú, según los estudios epidemiológicos entre el 2002 y el 2007 del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”, el episodio depresivo es el trastorno clínico más frecuente en adolescentes (8,6%, 5,7%, 4,7% en Lima, sierra y selva respectivamente). Mariátegui en el año 1970, en una zona urbana de Lima, encontró que la prevalencia de trastornos mentales, en menores de 9 años y de 10 a 19 años fue de 10,94% y de 16,47% respectivamente (Anales de Salud Mental, 2012). Castro en 1976 reportó que el 41,34% de los consultantes por enfermedades mentales en Lima Metropolitana tenía entre los 7 y 19 años. Felipa en 1998, señaló que la prevalencia de los trastornos mentales entre niños y adolescentes es de aproximadamente 15%. Los trastornos depresivos en los niños y adolescentes son graves pues se asocian a conductas suicidas (NICE, 2005). En un estudio realizado en pacientes menores de 18 años, que fueron admitidos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia por intento de suicidio, se diagnosticó trastorno depresivo mayor en el 91,7% y trastorno distímico en el 79,2% (Anales de Salud Mental, 2012).

Los síntomas depresivos que podemos observar en el niño son inespecíficos; tristeza, soledad, pesimismo, baja autoestima, agresividad, alteraciones del sueño, cambios en el rendimiento escolar, socialización disminuida, cambios en el apetito y alteraciones del peso habitual.

Existen estudios de depresión en niños con cáncer donde se demuestra que el mayor tiempo de enfermedad está asociado con menor nivel de depresión, entonces se asume que están más habituados a las características de la patología y a las exigencias del tratamiento (Cabrera, 2005). Se ha reportado además que la depresión y los trastornos de ansiedad suelen ser más frecuentes entre los cuidadores de niños con parálisis cerebral infantil (Marx, 2011). Los familiares encargados del cuidado del paciente pediátrico hospitalizado brindan información valiosa durante la visita médica por su permanencia las 24 horas del día, son entonces unos aliados del equipo de salud. No se ha explorado en la familia del paciente hospitalizado los trastornos de ansiedad ni depresión ante la enfermedad o la prolongada hospitalización. Los estudios epidemiológicos realizados en el Perú por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi han estimado que hasta el 37% de la población tiene la probabilidad de sufrir un trastorno mental alguna vez en su vida. La prevalencia de depresión en Lima Metropolitana es de 18,2%, en la sierra peruana de 16,2% y en la Selva de 21,4%⁵ (Rondón, 2006).

El grado cultural, la falta de información asequible, el desconocimiento de las patologías, la falta de empatía, el trato impersonal, pueden originar diversos sentimientos en la familia no evaluables habitualmente y manifestarse a través de agresividad, intolerancia y quejas hacia el equipo de salud.

Existen test de depresión para grupos pediátricos y adultos aplicables para desarrollar la investigación estimando que para el diagnóstico de

depresión los síntomas persistan por un mínimo de dos semanas (Ramírez, 2009).

De acuerdo a estos antecedentes y al no existir en el Perú estudios previos, se necesita determinar si los casos de depresión en los pacientes hospitalizados y en los cuidadores primarios son mayores o no a los de la población general y si estos se asocian a la estancia hospitalaria prolongada.

El Servicio de Medicina D del Instituto de Salud del Niño de Lima, Perú cuenta con cuatro salas de hospitalización con un número total de veinticuatro camas, diez de las cuales corresponden a población pre-escolar (de 2 a 5 años) distribuidos en dos ambientes y el resto a población escolar y adolescente (de 6 a 17 años de edad) separadas en otras dos. Es el único Servicio en el Instituto que cuenta con el mayor número de camas para escolares y adolescentes, grupo etario adecuado para poder tener viabilidad el proyecto.

1.2 Formulación del problema

¿La depresión en el paciente pediátrico hospitalizado y en el cuidador primario está asociada a la estancia hospitalaria prolongada en el Instituto Nacional de Salud del Niño en el 2014?

1.3 Justificación teórica

Se han realizado estudios de depresión relacionados a enfermedades específicas (Kuburovic, 2014) pero no existen reportes de asociación con la duración de la estancia hospitalaria en la edad pediátrica. En nuestro país tampoco hay reportes de trastornos de depresión en niños hospitalizados ni de los cuidadores primarios ni la repercusión

en la evolución de la enfermedad, la calidad de atención y la relación con el personal de salud. El diagnóstico psicológico o psiquiátrico además no se consigna en la historia clínica pediátrica y tampoco se evalúa a la familia.

1.4 Justificación práctica

En la historia clínica del Instituto Nacional de Salud del Niño la evaluación de la salud mental al ingreso del paciente, durante su permanencia por la enfermedad de fondo o por alguna complicación intrahospitalaria, es excepcional. El paciente pediátrico habitualmente desconoce el pronóstico de la enfermedad que padece ya que dicha información se brinda directamente a los padres o apoderados. Complementar la historia clínica pediátrica con adecuados criterios para diagnosticar depresión proporcionaría datos sumamente valiosos y oportunos para una intervención temprana y adecuada, sea conductual, cognitiva, farmacológica. (Cardenas, 2010) (Álvarez, 2011) (Dughi., 2005)

El Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) al ser un hospital docente y rector de la enseñanza de la Pediatría en el Perú necesita desarrollar estudios clínicos con instrumentos apropiados para un diagnóstico adecuado y promover el manejo integral del paciente. La contribución de esta investigación para el adecuado enfoque y manejo de pacientes con estancia prolongada y sus familiares se proyecta no solo hacia el tratamiento sino adicionalmente al seguimiento que promoverá una mejora en la calidad de vida, de atención, convivencia social y familiar.

1.5 Objetivos

a. Objetivo general

Determinar la depresión en los pacientes pediátricos hospitalizados y en los cuidadores primarios y su asociación con la estancia prolongada en el Instituto Nacional de Salud del Niño.

b. Objetivos específicos

Determinar la depresión en los pacientes pediátricos hospitalizados en el Instituto Nacional de Salud del Niño.

Determinar la depresión en los cuidadores primarios de pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Salud del Niño.

Determinar la asociación entre depresión y estancia hospitalaria prolongada en el paciente pediátrico en el Instituto Nacional de Salud del Niño.

Determinar la asociación entre depresión y estancia hospitalaria prolongada en el cuidador primario en el Instituto Nacional de Salud del Niño.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1 Marco filosófico o epistemológico de la investigación

En la psicopatología infantil existe confluencia de varias disciplinas como la pediatría, la psiquiatría general, la neurología, la etología, la psicología y la sociología. Los aportes realizados en cada una de estas áreas han permitido la constitución y desarrollo de la psicopatología infantil.

Los trabajos realizados sobre la conducta muestran que desde la antigüedad existen referencias de las enfermedades mentales en los niños, aunque las ideas acerca de ellas y el modo de afrontarlas hayan sido diferentes. En nuestras sociedades fueron las instituciones religiosas, medicas, filosóficas, legales, políticas y científicas las que tomaron la definición de “anormalidad” (Harmatz, 1978)

Antes del siglo XVII el niño no era reconocido como tal, esperándose de él una conducta similar al del adulto, pero sin sus derechos y considerándose propiedad de los padres a todos los efectos. La falta de estatus del niño en la sociedad implicaba también que no se les prestara atención a otros niveles.

El movimiento de Ilustración del siglo XVII asociados a los cambios políticos y sociales de la Revolución Francesa produjo cambios importantes en el tratamiento de las enfermedades de la mente y despertaron el sentido de responsabilidad de la comunidad hacia la población y en especial hacia el niño. (Zilboorg, 1968)

La dinámica de la época propició cambios en el tratamiento del niño y adolescente iniciándose el “tratamiento moral”. Los progresos en la reforma psiquiátrica se inician en Florencia en el gobierno del gran duque Pedro Leopoldo (1749-1792) que incluyó proyectos de renovación importantes para el tratamiento de enfermedades mentales.

Es difícil ubicar las raíces de la psicopatología infantil además de la importancia del tratamiento moral, algunos autores (Schwartz, 1985) consideraron que se encontraba en la educación, psicología y en las ciencias sociales, desechando la posible vinculación con la psiquiatría del adulto y la pediatría por considerarla independiente del modelo médico.

Las aportaciones de los psicólogos evolucionistas británicos como Henry Spencer que acuña la expresión de “supervivencia del más apto” antes que Darwin además de la teoría de Lamarck a fines del siglo XVIII puso fin a la idea que Dios creó al mundo tal como son. Dentro de este contexto Darwin reconoce el valor científico que tenía el estudio del niño como forma de aprender más sobre la evolución del hombre. Por esta razón llevó a cabo un cuidadoso registro diario de la conducta de su primer hijo entre 1841 y 1842 y que luego publicó, en donde evidencia su interés por el desarrollo afectivo, señalando la habilidad de éste a los 5 meses para conocer y dar sentido a los sentimientos de sus cuidadores a través de la expresión de sus caras.

En la segunda mitad del siglo XIX se realizaron los primeros estudios de desarrollo infantil como el de William Preyer sobre el desarrollo del crecimiento y la conducta del niño; James Scully sobre la importancia del juego en los procesos mentales del niño y Millicent Shinn sobre la descripción diaria de un recién nacido. (Alexander, 1966)

A partir de este siglo aparecen sucesivamente diferentes denominaciones en el estudio del desarrollo infantil; así “estudiar al niño” estará vigente hasta 1920, posteriormente tomará el nombre de “desarrollo del niño” y “psicología genética” entre 1920 y 1940, y aproximadamente en 1950 se llamaría “psicología del desarrollo”. El

estudio del niño usa numerosos aportes no psicológicos como los de asistencia social, pediatría, pedagogos y psiquiatras infantiles, entonces es de gran complejidad. (Clarke, 1986)

Stanley Hall (1844-1924) utilizó cuestionarios que debían responder los padres, maestros e incluso los niños con el fin de tener constancia de los pensamientos y conocimientos de niños de diferentes edades. Estos registros se conocen con el nombre de “Baby biography” y se le considera el predecesor de la “psicología del desarrollo” y toma como nombre “psicología genética” y estudia como el organismo se desarrolla y adapta a su ambiente. (Ollendick, 1986)

Su discípulo Lewis Terman desarrolla un test de inteligencia en estudios longitudinales con niños. Fue Francis Galton (1822-1911) el primero que investigó las diferencias individuales intelectuales y sentaría las bases para que la herencia fuera considerada como aspecto central. Desde 1921 hasta 1958 realizó el seguimiento de 1000 niños superdotados que sirvieron para demostrar la estabilidad del cociente intelectual. (Achenbach, 1982)

Arnold Gessell (1880-1961) observó que la conducta del niño es el reflejo de los estadios de desarrollo que atraviesa, considerando a éste un proceso de crecimiento embriológico. (Achenbach, 1982)

Freud y Gessell observaron que las diferencias individuales específicas del comportamiento en preescolares pueden ser intrínsecas al niño y significantes para su desarrollo. Este concepto fue retomado por Chess en 1956 y lo llamó “temperamento” considerándole una variable importante en el desarrollo del niño que tiene un origen biológico y que es genético y constitucional no siendo sensible a modificaciones o cambios del medio. (Chess, 1988)

2.2 Antecedentes de investigación

En un artículo de revisión en el 2003, Lizasoain y Ochoa presentan los factores asociados a patologías y a la hospitalización infantil que incide a su vez en el proceso de ajuste a la enfermedad y su impacto sobre la vida personal y social de los que la padecen. Del mismo modo se deja constancia de la necesidad de intervención pedagógica existente en este campo, a la vez que se perfilan algunas de las estrategias psicopedagógicas más empleadas.

En otra revisión, Barrón y Alvarado en el 2009 señalan que el cáncer al ser diagnosticado en etapas avanzadas y al ser crónico y degenerativo origina que los que lo padecen vayan perdiendo independencia, teniendo cada vez más la necesidad de ser cuidados. Este cuidado que normalmente lo brinda un miembro de la familia suele ser agotador y desgastante, tanto física y emocionalmente.

Marx y colaboradores en el 2011 evaluaron la depresión, la ansiedad y la excesiva somnolencia diurna en los cuidadores primarios de niños con parálisis cerebral infantil en comparación con los cuidadores de los niños normales. Se evaluó la somnolencia excesiva con la escala de Epworth, la escala de depresión de Beckham y el inventario de Ansiedad Rasgo-Estado en 50 cuidadores, siendo la mayoría madres con bajo nivel socioeconómico. Se concluyó que la depresión, la ansiedad y los trastornos del sueño son comunes en los cuidadores primarios de niños y el nivel de severidad de la patología no influyó en los resultados.

La revisión hecha por Rocha y colaboradores en el 2013 refiere que la identificación y el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo en niños y adolescentes se han incrementado en las últimas décadas. La depresión mayor es uno de los trastornos más comunes e incapacitantes en todo el mundo, principalmente en la población juvenil. El trastorno bipolar se reconoce cada vez más en etapas tempranas de la vida y su

presentación en la infancia y la adolescencia está en debate. La revisión tiene como objetivo poner de relieve los aspectos clínicos de los conocimientos actuales sobre los trastornos del estado de ánimo de la población pediátrica, la presentación de la información actualizada sobre la epidemiología, los procedimientos de diagnóstico y estrategias de gestión. También se discuten las limitaciones de la evidencia disponible y las direcciones futuras de investigación en el campo.

En el 2013, Khan y colaboradores determinaron la frecuencia de problemas psicológicos en 86 niños diabéticos de 7 a 15 años en tratamiento con insulina durante al menos un año en la clínica para diabéticos del Hospital Infantil y el Instituto de Salud Infantil en Multan, Pakistán, de marzo a diciembre de 2011. El nivel de hemoglobina glicosilada se obtuvo en todos los casos, y el Inventario de Depresión de la niñez se utilizó para evaluar el bienestar psicológico de los niños. Depresión clínica se observó en 29 (33,7%) y el nivel socioeconómico pobre (72,4%), enfermedad de larga data (55,1%) y la adolescencia (69%) fueron los principales factores asociados con los síntomas depresivos.

Poco es conocido acerca de los trastornos afectivos de los pacientes con enfermedades crónicas. Klass y colaboradores en el 2014 estudiaron a 236 jóvenes entre 12 a 18 años con lesión en médula espinal de por lo menos un año de evolución y determinaron cómo la depresión, la ansiedad, ideación suicida, y el tratamiento difieren por edad y sexo. Usaron el Inventario de Depresión Infantil, el inventario de Depresión de Beck-II y la Escala de Ansiedad Manifiesta para Niños. Los adolescentes mayores eran más propensos a tomar medicamentos por razones emocionales, psicológicas o de comportamiento. La ideación suicida no difiere por edad adolescente o sexo. Se concluyó que, para los adolescentes, la depresión aumentaba con la edad y la ansiedad aumentaba en niñas mayores.

En el 2014, Everhart y colaboradores evaluaron la calidad de vida de cuidadores primarios de 94 pacientes pediátricos con asma entre familias de latinos, afroamericanos y de blancos no latinos a través de cuestionarios. Los cuidadores que expresaron más preocupación acerca de los medicamentos de sus hijos y de su necesidad para el control del asma tuvieron una menor calidad de vida. En familias afroamericanas y latinas, la calidad de vida del cuidador relacionaba las creencias sobre los medicamentos para el asma y el uso del servicio de emergencia. Entonces se concluyó que las creencias del cuidador y sus preocupaciones sobre el control del asma infantil se relacionan con su calidad de vida.

2.3 Bases teóricas

2.3.1 Bases orgánicas de la depresión

Varias áreas del cerebro están involucradas en las funciones del estado de ánimo. La depresión suele perturbar el sueño, el apetito y la memoria en personas que lo padecen. Excepto por la hipófisis, todos los componentes cerebrales responsables de estas funciones se consideran en general como parte del sistema límbico; todos los componentes normalmente reciben señales de neuronas que secretan serotonina o norepinefrina o de neuronas de ambos tipos. Las reducciones en la actividad de los circuitos que usan serotonina y norepinefrina pueden contribuir a la depresión (Damasio, 1990).

Una anomalía que se descubrió en un área del cerebro que ayuda a controlar las reacciones emocionales ha contribuido a una nueva comprensión de por qué algunas personas desarrollan depresión y otras alteraciones afectivas. Utilizando la tomografía por emisión de positrones, los investigadores encontraron un área de la corteza prefrontal con actividad anormalmente disminuida en pacientes con

depresión. (Drevets, 1997). Esta región está relacionada con la respuesta emocional y tiene conexiones generalizadas con otras áreas del cerebro que son responsables de la regulación de la dopamina, la noradrenalina y la serotonina, que cumplen un papel importante en la regulación del estado de ánimo.

La resonancia magnética, la espectroscopía por resonancia magnética y la magnetoencefalografía son las más adecuadas para estudiar las anomalías cerebrales estructurales, fisiológicas y del desarrollo en jóvenes porque no involucran radiación ionizante o isótopos radiactivos. (Hendren, 2000)

Steingard y colaboradores en 1996, usando la resonancia magnética, compararon 65 pacientes entre niños y adolescentes que fueron hospitalizados con depresión y 18 controles psiquiátricos hospitalizados que no tenían trastorno depresivo. Los autores encontraron que los jóvenes deprimidos tenían una relación significativamente menor del volumen del lóbulo frontal respecto al volumen cerebral total y una relación significativamente mayor del volumen ventricular lateral al volumen cerebral total (Steingard, 1996) lo que sugiere que estas alteraciones en los volúmenes cerebrales pueden indicar un papel de los lóbulos frontales en el desarrollo de la depresión de inicio temprano.

Tutus y colaboradores en 1998 utilizaron la tomografía computarizada por emisión de fotón único para examinar las asociaciones entre los índices de perfusión y las variables clínicas. Se encontraron diferencias significativas entre los valores del índice de perfusión cuando se compararon 14 pacientes ambulatorios adolescentes (entre 11 y 15 años) con trastorno depresivo y 11 controles de la misma edad.

Estas diferencias en los valores del índice de perfusión indicaron una perfusión relativamente reducida en las áreas corticales temporales

izquierda y anterofrontal. Los investigadores sugirieron que los adolescentes con trastorno depresivo mayor pueden tener un déficit regional de flujo sanguíneo en las regiones corticales anterofrontales izquierdas y temporales izquierdas, con una mayor asimetría de perfusión derecha-izquierda que los controles sanos (Tutus, 1998).

Se ha involucrado también a la amígdala como la región cerebral implicada en la patogénesis de la depresión. Incluso estudios en niños con síndrome depresivo mayor comparado con niños sanos, encontraron un incremento de la reactividad de la amígdala, aunque también observado previamente en escolares, adolescentes y adultos con depresión. (Gaffrey, 2013)

2.3.2 Bases neuroendocrinas de la depresión

Las anomalías del sistema de neurotransmisores están siendo investigadas para comprender la biología de la depresión. Nobile y colaboradores en 1999 encontraron que la captación de 5-hidroxitriptamina (5-HTT) en las plaquetas humanas está influenciada diferencialmente en los niños no deprimidos y deprimidos por una variante genética común de la región promotora de 5-HTT. Birmaher y colaboradores en 1997 encontraron que antes del inicio de la enfermedad afectiva, los niños de alto riesgo tenían el mismo patrón de respuesta neuroendocrina al 5-hidroxi-L-triptófano (L-5-HTP) que los niños con trastorno depresivo mayor. Estos hallazgos podrían conducir a la identificación de un marcador de rasgo para la depresión pediátrica.

De Bellis y colaboradores en 1996, en un estudio que examinó la secreción nocturna de adrenocorticotropina, cortisol, hormona del crecimiento y prolactina en un grupo de niños prepúberes que estaban deprimidos y un grupo control, informaron que los niños prepúberes que estaban deprimidos tenían menor la secreción de cortisol durante las primeras 4 horas de sueño que los niños del grupo de control. La

secreción de adrenocorticotropina, hormona del crecimiento y prolactina no difirió entre los 2 grupos.

2.3.3 Etiología de la depresión

Los factores estresantes psicosociales se postulan como mediadores para el desarrollo de la depresión. Las vías comunes finales para la depresión implican cambios bioquímicos en el cerebro (Green, 2010). Aunque las preocupaciones sobre una asociación no causal entre los eventos estresantes de la vida y la depresión han sido expresadas mucho antes, este problema ha tomado nuevamente vigencia ante recientes hallazgos. En primer lugar, numerosos estudios han demostrado que la exposición a eventos estresantes de la vida está sustancialmente influenciada por factores genéticos. Las personas no experimentan eventos estresantes de la vida al azar; más bien, algunas personas tienen una tendencia constante a ubicarse a sí mismas en situaciones con una alta probabilidad de producir eventos estresantes. En segundo lugar, los factores de riesgo genéticos para eventos de vida estresantes se correlacionan positivamente con los factores de riesgo genéticos para la depresión mayor. Es decir, un conjunto de rasgos genéticamente influenciados aumenta la probabilidad de los individuos de seleccionarse a sí mismos en entornos de alto riesgo que puedan producir eventos estresantes y aumenta su vulnerabilidad a la depresión (Kendler, 1999)

Eventos adversos precoces producen alteraciones en la estructura cerebral y riesgo aumentado de desarrollar ansiedad y depresión (Kessler, 2010). Se ha reportado que los volúmenes de la corteza orbitofrontal (importante en el control de la emoción y los estados de motivación) son menores en niños que han sufrido abuso físico por los padres y que estas alteraciones están asociadas con alteraciones en las habilidades sociales. (Hanson, 2010).

Maltrato, abuso y violencia domestica producen cambios estructurales en la sustancia gris (Tomoda, 2011). Los hallazgos más consistentes son alteraciones en el cuerpo calloso, caracterizados por la reducción del área medio-sagital, reducción en el volumen del hipocampo en adultos, pero no en jóvenes con historias de maltrato. El hipocampo es probablemente la estructura más sensible al estrés en el cerebro y se ha comprobado que el estrés o los glucocorticoides actúan sobre el hipocampo para suprimir la neurogénesis en la circunvolución dentada y provocan la remodelación de células piramidales en porciones de Cornu Ammonis (Teicher, 2013) (Cohen, 2006)

En el niño maltratado se han reportado mayores volúmenes del hipocampo izquierdo y retraso en el crecimiento de la amígdala izquierda, pero con retraso en el crecimiento del hipocampo izquierdo y crecimiento acelerado de la amígdala izquierda a través del tiempo. El análisis cortical exploratorio mostró que el maltrato influyó en el engrosamiento de la región parietal superior. (Kelly, 2013) (Whittle, 2013)

Estudios en adultos con depresión, como los reportados por Akiskal en 1989 sugieren un componente genético en la etiología de los trastornos depresivos. La depresión en padres aumenta el riesgo de depresión en niños entre 6 y 17 años y la depresión más el trastorno de pánico o la agorafobia confieren un riesgo adicional de depresión y de trastorno de ansiedad en niños (Weissman, 1984)

Existe una hipótesis llamada “modelo de relación entre padres e hijos” que explica la depresión pediátrica como el resultado de una pobre interacción entre padres e hijos. Los adultos con depresión han tenido una baja participación paterna y alta sobreprotección materna durante la primera infancia. Las relaciones problemáticas con padres, hermanos y compañeros son comunes en niños y adolescentes con enfermedades afectivas (Bang, 2012). Un niño que está enfermo afectivamente a menudo tiene un padre que está afectivamente

enfermo. No es raro que los niños denuncien abuso y / o negligencia por parte de padres que están afectivamente enfermos.

Hammen y colaboradores en 1991 reportaron una asociación temporal significativa entre el estrés materno infantil y la depresión. Encontraron que los niños con una exposición sostenida al estrés materno estaban significativamente más deprimidos que los niños que solo estuvieron expuestos a niveles esporádicos de estrés.

Klerman en 1989 reportó un aumento progresivo en los casos de depresión mayor en los últimos 70 años en Estados Unidos, Suecia, Alemania, Canadá y Nueva Zelanda, encontrándose altas tasas de trastornos afectivos entre los familiares, con una edad más temprana de aparición en cohortes sucesivas.

El aumento del tiempo dedicado al uso de dispositivos electrónicos (celulares, tabletas, computadoras, etc.) pueden haber desempeñado un papel en el aumento de las tasas de depresión y suicidio observadas entre 2010 y 2015, especialmente entre las niñas, según lo reportado por Twenge y colaboradores en el 2017 en Estados Unidos. Los investigadores encontraron que los adolescentes que pasaban más tiempo en las redes sociales tenían más probabilidades de tener problemas de salud mental que los adolescentes que pasaban más tiempo en actividades al aire libre (interacción social, deportes, grupos religiosos). Aunque el estudio demuestra una correlación entre largas horas diarias de tiempo en red social y síntomas de depresión, no prueba causalidad.

Debido a que los trastornos del estado de ánimo, como la depresión, aumentan sustancialmente el riesgo de suicidio, la conducta suicida es motivo de gran preocupación por los organismos públicos e Instituciones que se ocupan de los problemas de salud mental de niños y adolescentes. La incidencia de los intentos de suicidio alcanza su punto máximo durante los años de la adolescencia, y la tasa de

mortalidad por suicidio aumenta constantemente a lo largo de la adolescencia, siendo el suicidio la tercera causa de muerte en ese grupo de edad en Estados Unidos el 2015. (Center for Disease Control, 2015).

Los factores de riesgo para el suicidio consumado incluyen la presencia de un trastorno del estado de ánimo importante, estresores recientes, aparición de alucinaciones auditivas de comando, uso de sustancias, evidencia de planes específicos de eliminación, así como la percepción del paciente en no poder evitar los problemas que precipitaron el pensamiento suicida. Esta frustración tiende a intensificar la sensación de desesperanza de los pacientes (Asarnow, 2011).

2.3.4 Características generales de la depresión

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición (DSM-IV), utiliza los mismos criterios básicos para diagnosticar la depresión en adultos y niños (American Psychiatric Association, 2013).

El DSM-IV define un episodio depresivo mayor como un síndrome en el que al menos 5 de los siguientes síntomas han estado presentes durante 2 semanas:

Estado de ánimo deprimido: para niños y adolescentes, esto también puede ser un estado de ánimo irritable

Disminución del interés o pérdida de placer en casi todas las actividades

Cambio de peso o alteración del apetito: para los niños, esto puede ser el fracaso para lograr el aumento de peso esperado

Alteración del sueño

Agitación o retraso psicomotor

Fatiga o pérdida de energía

Sentimientos de inutilidad o culpa inapropiada

Disminución de la concentración o indecisión

Ideación suicida o pensamientos de muerte

Al menos 1 síntoma de los 5 debe involucrar un interés o placer disminuido o un estado de ánimo deprimido. Los síntomas deben causar angustia o deterioro significativo del comportamiento en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes. La depresión no debe haber sido precipitada por la acción directa de una toxico y ni tampoco por duelo o trastorno esquizoafectivo. El episodio depresivo no debe superponerse a la esquizofrenia, al trastorno delirante o a un trastorno psicótico no especificado.

Los trastornos depresivos pueden clasificarse como leves, moderados y graves o severos. Cuando un episodio dura más de 2 años consecutivos, se considera depresión crónica. La depresión también puede tener características melancólicas o presentarse como pérdida de placer en casi todas las actividades o una falta de reactividad a estímulos generalmente placenteros (American Psychiatric Association, 2013).

2.3.5 Bases teóricas de la psicopatología infantil

Al hablar de desarrollo infantil es necesario mencionar la obra del psicólogo suizo Jean Piaget (1896-1980) que elaboró la teoría del desarrollo cognitivo del niño. En ella usa el término “estadio” para referirse a los cambios que se producen en la conducta debido al desarrollo. Estos cambios se reflejan en las diferentes estructuras mentales y nuevas formas de pensar sobre el mundo que rodea al niño, lo que puede observarse en los distintos estadios (Piaget, 1969). En ellos se resalta la importancia de la interacción entre el niño como ser en desarrollo y el ambiente que incide en el rendimiento intelectual. También demostró la actividad del niño para interpretar al

mundo, construyendo nuevos niveles de entendimiento conforme avanza el curso del desarrollo (Hobson, 1985).

Las aportaciones realizadas por los estudios del desarrollo infantil son fundamentales para el avance de la psicopatología infantil ya que permiten ir estableciendo las bases del desarrollo infantil y por lo tanto de la “conducta normal” como punto de partida para determinar la “conducta anormal”. Entonces actualmente tiene un enfoque multifactorial: biológica, psicológica y sociocultural.

La función cerebral debe considerarse desde la perspectiva biológica ya que el cerebro no puede ser considerado aisladamente. La perspectiva biológica también debe prestar atención a los procesos curativos y de recuperación, a los mecanismos de protección y a los factores implicados en la resistencia al stress y a la enfermedad. La biología no solo debe estudiar al organismo sino a su interacción con el ambiente. El Niño es un ser social, entonces el funcionamiento biológico se verá influenciado por las interacciones sociales y por las alteraciones en el ambiente social. El Niño al ser un organismo en evolución origina que la comprensión del proceso de desarrollo integre las perspectivas clínica y evolutiva.

Son todos los aspectos los que nos ayudarán a comprender la importancia de enfocar la depresión en pacientes pediátricos hospitalizados con estancia prolongada.

2.3.6 Trastornos psicopatológicos en niños hospitalizados

La hospitalización infantil origina no solo deprivación familiar y afectiva sino además deprivación cultural, social y escolar, resultado de las restricciones que le son impuestas al niño en su interacción con el medio.

Las investigaciones apuntan que los niños que muestran mayores alteraciones de tipo emocional o psicológico ante la enfermedad y el hecho añadido de la hospitalización son principalmente los siguientes:

- los niños de menor edad
- los hospitalizados por primera vez
- los niños sometidos a intervención quirúrgica
- aquellos con padres muy ansiosos
- los niños con experiencias previas negativas de hospitalización

Los efectos que la hospitalización causa en el niño, dependerán de variados factores que podemos dividirlos en tres: personales, familiares y hospitalarios. (Lizasoáin, 2003)

2.3.6.1 Factores personales. Son aquellos que dependen estrictamente del niño y debe considerarse: a) Edad y desarrollo biopsicosocial del niño: La etapa comprendida entre los 4 meses y los 6 años, es la más susceptible a las alteraciones emocionales como consecuencia de la hospitalización. b) Naturaleza y grado de severidad de la enfermedad que padece: Depende de la enfermedad, si ésta es aguda o crónica, dolorosa o no, incapacitante, deformante o sólo disfuncional, etc. El simple hecho de que la enfermedad sea dolorosa o no, constituye una variable que debe tenerse en cuenta al evaluar los efectos de la hospitalización. c) Temperamento y características personales del niño, capaces de explicar las diferencias individuales que se manifiestan en el modo en que éste responde a la hospitalización. d) Naturaleza de las experiencias previas que se hayan tenido con médicos y hospitales. Los niños hospitalizados por primera vez muestran mayores alteraciones emocionales, frente al hecho de la hospitalización, que los niños que han sido previamente hospitalizados con cierta frecuencia; por otro lado, los niños con anteriores experiencias médicas negativas muestran mayores niveles de ansiedad frente a la hospitalización. (Lizasoáin, 2003)

2.3.6.2 Factores familiares. El modo en que los padres, hermanos, familiares y compañeros responden a la hospitalización del niño puede ser de vital importancia. No se olvide que toda hospitalización supone para el niño una forma particular de experimentar la separación de la familia.

a) La separación de la madre constituye uno de los factores más importantes de riesgo para el niño hospitalizado. Inicialmente la separación fue citada como la causa etiológica más relevante de las diversas alteraciones sufridas por los pacientes pediátricos, como consecuencia de la privación afectiva producida por la hospitalización. Entre las alteraciones que más frecuentemente se han citado destacan el comportamiento agresivo, la ansiedad y la depresión.

Resulta evidente que la privación de la convivencia familiar, como consecuencia de la hospitalización, modifica de forma sensible y relevante la conducta del niño y la de sus familiares. La hospitalización representa una crisis para toda la familia. b) El estrés paterno aparece también como uno de los principales factores que dificultan el ajuste del niño a la hospitalización. Entre las principales conductas que aparecen en los padres, al parecer fuertemente asociadas con algunos problemas de adaptación psicosocial en el niño hospitalizado, se encuentran la sobreprotección y la baja tolerancia a las frustraciones y a los conflictos familiares. (Lizasoáin, 2003)

2.3.6.3 Factores hospitalarios. a) Contacto con un ambiente extraño al que debe adaptarse y a los continuos cambios del personal hospitalario que no posibilitan, o explícitamente dificultan, la emergencia de la conducta sustitutiva de apego en el niño. b) La duración de la estancia en el hospital tiene una gran importancia. Una hospitalización media (de más de una semana de duración) o repetidas readmisiones de pequeña duración se asocian, al parecer, con un considerable aumento de las alteraciones

conductuales. c) Las características y la misma organización del centro hospitalario son variables que no deben dejarse fuera de foco. El rígido reglamento de algunos hospitales que limitan, restringen y prohíben las visitas de los familiares en nada favorece la adaptación del paciente pediátrico. En 1950 el gobierno británico aprobó una recomendación para que todas las madres gozaran del derecho de permanecer, tanto de día como de noche, en los hospitales junto a sus hijos. Cambios similares fueron adoptados en Estados Unidos, donde hasta 1954 la mayoría de los hospitales limitaban el contacto paterno a dos horas semanales. En la actualidad la mayoría de los hospitales infantiles no sólo permiten las estancias de los padres, sino que comienzan a adoptarse medidas de carácter socio-político para su financiación. Junto a esto también hay que decir que en la actualidad, se tiende a que los niños sean atendidos en departamentos pediátricos donde se encuentren rodeados de otros niños, y no en departamentos de adultos. d) Ausencia de información que se le ofrece sobre lo que ocurrirá durante su estancia en el centro. Si a ello añadimos el hecho de que el niño a menudo interpreta la hospitalización como un castigo por algo que ha hecho mal, es lógico suponer que el hospital será visto como un medio hostil e intrusivo. (Lizasoáin, 2003)

2.3.6.4 Principales síntomas registrados en enfermos pediátricos hospitalizados. A menudo, los niños enfermos manifiestan trastornos emocionales y conductuales con aparición de estados de depresión, ansiedad o pérdida de autoestima. No obstante, y a pesar de su enfermedad, muchos niños consiguen ajustarse adecuadamente; frente a ellos, otros desarrollan serios problemas psicológicos. Los principales síntomas registrados en enfermos pediátricos hospitalizados:

a) Alteraciones conductuales: agresividad, desobediencia y conducta de oposición. b) Déficits de atención y dificultad para la

concentración. c) Ansiedad: miedos, tensión y ansiedad de separación. Respecto a los miedos infantiles frente a la hospitalización destacaremos, algunos de ellos, siendo evidente que todos estos temores estarán en función del desarrollo cognitivo-emocional del niño. El temor ante lo desconocido, al contacto con un entorno extraño, a la muerte, a la anestesia, a la mutilación corporal, al dolor, a la separación familiar, a las agujas e inyecciones, a la alteración del ritmo normal de vida y de las relaciones con los compañeros, al retraso escolar. d) Depresión: tristeza, pérdida de interés por las cosas, falta de apetito, pérdida de energía y alteraciones del sueño. (Lizasoáin, 2003)

2.3.6.5 Repercusiones de la hospitalización sobre el niño. a) El impacto Psicológico: Sentimientos de ansiedad y depresión, alteraciones emocionales o alteraciones de la personalidad. b) El impacto Físico: Alteraciones en la apariencia física y en la conciencia de la propia imagen corporal. c) El impacto Social: Alteraciones en las relaciones e interacciones sociales con iguales, tanto con compañeros de colegio, como con hermanos, amigos, familiares, etc. d) El impacto Ocupacional: Deja de realizar las actividades que le son propias como acudir al colegio, participar en actividades extraescolares, de ocio, etc. (Lizasoáin, 2003)

2.3.7 La Depresión infantil

Es un trastorno afectivo que puede aparecer desde el comienzo de la vida y aunque con rasgos diferenciales ofrece una sintomatología muy semejante a la depresión adulta: disforia, anhedonia, trastornos del sueño y del apetito. Antes de 1970 existía una corriente psicoanalítica que negaba la existencia de la depresión infantil. Según esta corriente, era la pérdida de la estima del Yo, y como el niño hasta la adolescencia no lo tendría constituido, no resultaría posible desarrollar

depresión (Rie, 1966). Pero como en la realidad los niños deprimidos existen, los psiquiatras y psicólogos infantiles comenzaron a encontrar síntomas inequívocos de lo insostenible de la tesis de Rie.

La creación del concepto de depresión anaclítica por medio de trabajos de Spitz, Wolf y Bowlby y de estudios factoriales de Ackerson, Achenbach y Edelbrock demostraron depresión infantil a edad muy precoz y se refrendó por medio de la psicología experimental comparada en monos bebés separados de la madre (Harlow, 1971).

Repasando todos los síntomas referidos por diferentes investigadores se pueden categorizar en diferentes áreas: a) Emocionales, b) Motores, c) Cognitivos, d) Sociales, e) Conductuales, f) Psicosomáticos. Los síntomas más consensuados por la mayoría de expertos son: baja autoestima, cambios en el sueño, pérdida del apetito y el peso, aislamiento social, hiperactividad y disforia (Del Barrio, 1990). La mayor parte de los síntomas son interiorizados y se parecen a los de la depresión adulta, sin embargo, en la depresión infantil aparecen síntomas muy específicos que la diferencian como son los problemas de conducta, enuresis, rabietas, desobediencia, etc. En la depresión infantil, teniendo en cuenta el curso de la perturbación se ha distinguido entre depresión unipolar y depresión bipolar. La unipolar tiene un curso regular cuyo pronóstico no es grave si hay una buena intervención. La depresión bipolar presenta dos extremos contrapuestos; depresión y manía que se alternan sucesivamente en el tiempo; es denominada “depresión psicótica”, con alto peso genético y de mal pronóstico.

Si se sigue el criterio de severidad, se distingue Depresión mayor y trastorno distímico. En la primera los síntomas son más numerosos e intensos que en el segundo, aunque la duración es más dilatada en el último.

Según las causas que lo producen son exógenas o endógenas; según el modo y frecuencia de aparición, agudas o crónicas. Según duración, transitoria o duradera y según estudios longitudinales la depresión infantil tiene alta probabilidad de duración. En función de la sintomatología se puede dividir entre pura y enmascarada, algunos llaman a esta última “mixta” y la consideran como la más característica de la niñez. Los trastornos de adaptación con humor deprimido no son considerados depresión. Anteriormente se pensaba que era un trastorno transitorio, ahora se ha modificado totalmente. La depresión en la infancia puede abarcar unos tipos más que otros; los más frecuentes son los trastornos unipolares, distímicos, exógenos y mixtos pero pueden aparecer aunque en menor medida, todos los demás. (Nolen-Hoeksema, 1992)

2.3.7.1 Síntomas de la Depresión Infantil. En etapas tempranas de la vida los síntomas son de carácter motor (expresión facial parada, movimientos de retraimiento, movimientos de cabeza, expresión de rechazo con las manos). Sobre los tres años se añaden enuresis y las quejas psicósomáticas (Weiss, 1992). A partir de los seis años y hasta los 12, aparecen pensamientos negativos y como característica especial la asociación de la depresión con los problemas de conducta en la mayor parte de los casos como protesta, riñas, peleas (Shafii, 1995). En los adolescentes los síntomas tanto cognitivos como afectivos, adquieren un carácter crecientemente interiorizado y además se presentan con una frecuencia e intensidad mayores que en otras etapas (Weiss, y otros, 1992). En lo que se refiere a alteraciones en el ritmo del sueño son más frecuentes en los adolescentes que en los niños. En un metaanálisis sobre trabajos llevados a cabo por diferentes investigadores muestra el cambio que se produce dentro de la sintomatología depresiva desde la niñez hasta la edad adulta y corrobora el ascenso de la sintomatología interiorizada y el descenso de la motora a medida que pasa el tiempo (Carlson, 1988)

2.3.7.2 Desencadenantes. Tiene el mismo fenómeno de variación según los diferentes niveles de edad. Hasta los seis años está en el entorno, las relaciones y el clima familiar, así como en la salud mental de los padres, son los desencadenantes más habituales. A partir de los siete años hasta la adolescencia la experiencia de acontecimientos negativos, la adaptación escolar y la relación con los compañeros se convierten en los nuevos elementos de tensión. En la adolescencia a todo lo anterior se añade la instalación de un rol sexual. La independencia respecto a los padres, la eclosión y aceptación de los cambios corporales y la elección de la profesión. Esto somete al sujeto a un proceso acelerado de cambio que se ha considerado como la explicación básica de la escalada de problemática en este periodo de edad. El descontento con la propia capacidad para afrontar estos cambios es el elemento explicativo fundamental de la aparición de los trastornos afectivos. (Carlson, 1988)

2.3.7.3 Clasificación del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición (DSM-IV). Consta de cinco ejes. En el primero dedicado a los trastornos clínicos no se incluye, por lo que respecta a la niñez, la depresión, puesto que se considera que los criterios adultos sirven para ser aplicados a niños, con la única salvedad que uno de sus elementos, la disforia, puede ser sustituida por la irritabilidad.

Eje I: Trastornos clínicos. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

Eje II: Trastornos de la personalidad. Retraso mental

Eje III: Trastornos con base somática

Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales

Eje V: Evaluación de la actividad global

En el eje I dedicado a trastornos adultos, aparecen los trastornos de los estados de ánimo entre los que se incluyen los episodios

afectivos (episodio mayor, episodio maniaco, episodio mixto y episodio hipomaniaco) y los trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno bipolar). Se describirán estos últimos ya que se consideran aplicables a niños.

Depresión Mayor:

a. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para el placer (No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo): **1.** Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable **2.** Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás) **3.** Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. (En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables) **4.** Insomnio o hipersomnia casi cada día **5.** Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido) **6.** Fatiga o pérdida de energía casi cada día **7.** Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo) **8.** Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena) **9.** Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte),

ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

- b.** Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- c.** Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- d.** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo).
- e.** Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Trastorno Distímico.

- a.** Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. (En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año)
- b.** Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas: 1. Pérdida o aumento de apetito 2. Insomnio o hipersomnia 3. Falta de energía o fatiga 4. Baja autoestima 5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones 6. Sentimientos de desesperanza
- c.** Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.
- d.** No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un

trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

e. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

f. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

g. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo).

h. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Episodio Mixto o Bipolar

a. Se cumplen los criterios de un episodio maniaco y de depresión mayor casi cada día y durante al menos una semana

b. La alteración provoca trastorno laboral, personal y social, puede acompañarse de síntomas psicóticos y necesitar internamiento.

c. Los síntomas no son secundarios a enfermedad o consumo de drogas.

Estos trastornos pueden presentarse con un trastorno más reciente maniaco o hipomaniaco, depresivo o alternante. Es relativamente poco frecuente en los niños. (Del Barrio, 1997)

El DSM-V versión actualizada publicada en el 2013 ha originado mucha controversia entre la propia comunidad psiquiátrica y según algunos autores no hay un aporte significativo en el aspecto clínico ya que no incorpora otros criterios para el diagnóstico como la genética o los marcadores biológicos. (Salinas, 2014)

2.3.8 Estancia prolongada

No existen criterios establecidos para definir la estancia prolongada y pueden variar según el nivel de atención de salud (ESSALUD, 2014). Perteneciendo el Instituto Nacional de Salud del Niño al III nivel de atención, numerosos pacientes presentan diagnósticos complejos principalmente hematológicos y neurológicos lo que prolonga la estabilización clínica. Se considera además que para establecer el diagnóstico de depresión, los síntomas deben estar presentes mínimamente dos semanas (Ramírez, 2009).

La estancia hospitalaria prolongada involucra aspectos médicos, administrativos y socio-económicos, que afecta la dinámica familia-equipo de salud incluso de aquellos que cuentan con Sistema Integral de Salud. Si el diagnóstico es complejo y se presenta deterioro clínico como en pacientes onco-hematológicos o con postración crónica (Logan, 2013) las preocupaciones y frustraciones son mayores pues el tiempo de estancia se prolonga a diferencia del resto de pacientes. El grado cultural, la falta de información asequible, el desconocimiento de las patologías, la falta de empatía, el trato impersonal, pueden originar diversos sentimientos en la familia no evaluables habitualmente (Coenders, 2014) y manifestarse a través de agresividad, intolerancia y quejas hacia el equipo de salud. El abandono progresivo del paciente por parte de la familia es otro aspecto observable durante la estancia prolongada donde los sentimientos negativos, alteran la motivación y la ligazón con el personal de salud.

Llamaremos entonces Estancia Prolongada a la hospitalización de más de 15 días desde su ingreso al Instituto Nacional de Salud del Niño.

2.3.9 Cuidador primario

Es la persona que atiende las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, con responsabilidad legal, por lo general un familiar cercano y que en el caso de pacientes pediátricos suele ser la madre. Su trabajo adquiere una gran relevancia para el equipo de salud conforme progresa la enfermedad, no sólo por la atención directa al paciente, sino también por su papel en la reorganización, mantenimiento y cohesión de la familia. (Astudillo, 2002)

Antes de asumir las responsabilidades de atención, el cuidador primario deberá tener en cuenta los siguientes elementos por lo que el personal de salud debe orientarlo acerca de:

- a) La información adecuada sobre el proceso que afecta al enfermo y su posible evolución.
- b) Orientación para enfrentar las carencias progresivas y a las crisis que puede tener la enfermedad de su familiar.
- c) Valorar los recursos de los que dispone: los apoyos físicos de otras personas, la disponibilidad de tiempo y los deseos de compartir su cuidado que tienen otros miembros de la familia.
- d) Mantener, si es posible, sus actividades habituales.
- e) Saber organizarse y cuidarse.
- f) Prepararse para enfrentar la etapa de duelo. (Arrieta, 1999)

Los Cuidadores Primarios del paciente pediátrico hospitalizado pueden brindar información valiosa durante la visita médica e incluso en el resto del día y durante el cuidado nocturno. Dan una idea muy directa sobre eventualidades médicas que el personal de salud involucrado en su cuidado puede soslayar por omisión o saturación de actividades. Son entonces unos aliados del equipo de salud. Si el

diagnóstico es complejo y se presenta deterioro clínico como en pacientes onco-hematológicos o con postración crónica (Logan, 2013) las preocupaciones y frustraciones son mayores pues el tiempo de estancia se prolonga a diferencia del resto de pacientes. El grado cultural, la falta de información asequible, el desconocimiento de las patologías, la falta de empatía, el trato impersonal, pueden originar diversos sentimientos en la familia no evaluables habitualmente (Coenders, 2014) y manifestarse a través de agresividad, intolerancia y quejas hacia el equipo de salud. El abandono progresivo del paciente por parte de la familia es otro aspecto observable durante la estancia prolongada donde los sentimientos negativos, alteran la motivación y la ligazón con el personal de salud.

Poco se ha investigado en el Perú sobre la detección de la depresión y la ansiedad que alberga la familia y en particular al Cuidador Primario y los trastornos afectivos que puede acarrear el futuro incierto ante la enfermedad incluso del propio paciente. No se ha estudiado como estos estados de ánimo alteran la evolución de la enfermedad del paciente ni la dinámica familiar en las relaciones con el equipo médico durante la estancia hospitalaria, conocimiento importante para intervenciones eficientes en mejorar la calidad de vida de los pacientes, de su entorno familiar y de sus relaciones con el equipo de salud (Straub, 2014).

2.4 Marco conceptual o glosario

Depresión: Alteración del estado de ánimo con pérdida de interés, vitalidad disminuida, cansancio fácil, capacidad de concentración disminuida, autoestima disminuida, culpabilidad, pesimismo, ideas o actos de autoagresión o suicidio, insomnio, anorexia.

Test de Kovacs: Instrumento para diagnóstico de depresión infantil que comprende dos escalas: Estado de ánimo disfórico e ideas de auto desprecio.

Estado de ánimo disfórico: Sentimientos de tristeza, soledad, pesimismo.

Ideas de auto desprecio: Sentimientos de irritabilidad, incapacidad, fealdad y culpabilidad.

Test de Goldberg: Escala de depresión y ansiedad usada en la atención primaria en adultos.

Ansiedad: Emoción compleja que se acompaña de respuestas fisiológicas, vivenciales, conductuales y cognitivas, enmarcado en un estado de hiperactividad y alerta.

Comorbilidad: Test de Goldberg positivo para ansiedad y depresión.

Cuidador primario: Persona del entorno del enfermo que asume voluntariamente el papel de responsable en un sentido amplio y está dispuesto a tomar decisiones por el paciente y para el paciente y a cubrir sus necesidades básicas de manera directa o indirecta.

Estancia prolongada: Hospitalización que se prolonga más de 15 días desde su ingreso al Instituto Nacional de Salud del Niño.

Paciente pediátrico: Paciente hospitalizado en el Servicio de Pediatría del Instituto Nacional de Salud del Niño de 8 o más años para fines de aplicación del test de Kovacs.

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

No experimental, clínico.

3.2 Diseño de investigación

Transversal, descriptivo, correlacional

3.3 Unidad de análisis

Paciente pediátrico y cuidador primario

3.4 Población de estudio

Pacientes pediátricos hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Instituto de Salud del Niño.

Cuidadores primarios de pacientes pediátricos hospitalizados en el Instituto de Salud del Niño.

3.5 Prueba Piloto

El test de Kovacs para Depresión infantil y la escala de Goldberg para depresión en los cuidadores primarios fueron sometidos previamente a una prueba piloto con una muestra necesaria para verificar problemas de interpretación del test por parte de los entrevistados o determinar la necesidad de agregar algún dato adicional para complementar la investigación.

La prueba piloto se realizó entre junio y diciembre del 2014 en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina del INSN y en cuidadores primarios. Todos los test fueron realizados durante el horario matutino, entre las 8 y 14 horas.

Resultados: El objetivo inicial de la investigación en pacientes pediátricos fue la detección de ansiedad y depresión de los pacientes con estancia hospitalaria prolongada aplicando el test de STAIC para ansiedad y el de Kovacs para depresión.

Se aplicó en seis pacientes pediátricos tanto el test de STAIC para ansiedad infantil y el de Kovacs para depresión pediátrica, realizándose en forma secuencial e indistinta. Todos los test fueron aplicados en pacientes cuya condición clínica era estable y cumplieran los criterios de inclusión.

Se verificó que, para cada test, el paciente hospitalizado empleaba aproximadamente 15 minutos, no comprobándose mayores dificultades para la respuesta del primer test, pero si para el segundo. Se evidenció cansancio y mayores dificultades en el entendimiento de las frases para el segundo, independientemente del test aplicado lo que originaba consultas frecuentes y hasta abandono. La aplicación secuencial del test de STAIC y Kovacs en un mismo paciente originó tedio y cansancio, produciendo mayores consultas para aclaraciones de las preguntas, lenguaje gestual y un abandono de respuesta por "sentirse mal". Se determinó que la aplicación de los dos test simultáneamente produjo sesgos en las respuestas y por consiguiente resultados erróneos.

Como la depresión en adolescentes está involucrada con muchas morbilidades incluso intentos o gestos suicidas, el único test elegido y aplicado fue el de Depresión de Kovacs.

El test de Goldberg para los cuidadores primarios se aplicó en aquellos cuyos pacientes se encontraban estables clínicamente. Se realizaron cinco encuestas para dicho test sin encontrar mayores dificultades ni contratiempos para las respuestas.

Debido a que no hay referencias previas en alguna publicación nacional sobre la confiabilidad inter-observador del test de Kovacs y de la escala de Goldberg se calcularon los índices de kappa pidiendo la participación de dos expertos: El Jefe de Servicio de Psiquiatría y el Jefe de Servicio de Medicina del Instituto Nacional de Salud del Niño. Los resultados se presentan en el anexo 1.

Se aplicó entonces el test de Kovacs para evaluación de depresión infantil y el test de Goldberg para evaluación de depresión en el cuidador primario.

3.6 Tamaño de la muestra

Se aplicó la fórmula de tamaño muestral para estudios descriptivos.

$$n = z^2 p (1 - p) / e^2$$

- Cálculo para pacientes pediátricos:
 - z: Nivel de confianza 95% (1.96)
 - p: Prevalencia de depresión en niños peruanos: 8%
 - e: Intervalo de confianza: le asignamos un 5%
 - Aplicando la fórmula: 110
 - Proporción ajustada de pérdidas: 10%
 - Muestra ajustada a las pérdidas: 120
- Cálculo para cuidadores primarios:
 - z: Nivel de confianza 95% (1.96)
 - p: Prevalencia de depresión en adultos peruanos: 18%
 - e: Intervalo de confianza: le asignamos un 5%
 - Aplicando la fórmula: 220
 - Proporción ajustada de pérdidas: 10%
 - Muestra ajustada a las pérdidas: 240

3.7 Selección de la muestra

Aquellos que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión por muestreo aleatorizado. El Servicio de Medicina Pediátrica cuenta con cuatro salas con 24 camas de las cuales dos con 14 camas corresponden a pacientes escolares y adolescentes, grupo etario correspondiente a la investigación de pacientes pediátricos; la totalidad de las cuatro salas con 24 camas se asignaron para los cuidadores primarios. La selección se inició en enero del 2015 y se prolongó hasta completar el tamaño de la muestra.

Se procedió a un muestreo sistemático ya que la investigación se extendió en el tiempo. El cálculo del coeficiente de elevación K es N/n donde N es el tamaño de la población y n en tamaño de la muestra.

El número promedio de altas anuales solo para la población de escolares y adolescentes en el Servicio de Medicina “D” es 300 y del Servicio pediátrico total es de 500 que correspondió a los cuidadores primarios.

El tamaño muestral calculado para pacientes escolares y adolescentes fue 120 y 240 para cuidadores primarios.

K para pacientes pediátricos es $300/110$ que es aproximadamente 3 que será su intervalo aleatorio.

K para cuidadores primarios es $500/240$ que es aproximadamente 2 que será el intervalo aleatorio para este grupo.

Escogimos para ambos grupos el 2 de enero del 2015 y se procedió a aplicar el test en las fechas que suman los intervalos correspondientes para ambos grupos salvo aquellas fechas consignadas como domingos o feriados en cuyo caso se realizó al siguiente día útil. Para ambos grupos la selección se realizó hasta completar el tamaño de la muestra.

No se repitió al test a ningún paciente ni cuidador primario que ya lo hubiera hecho.

3.7.1 Criterios de inclusión

- Pacientes pediátricos de 8 años o más hospitalizados en el INSN.
- Cuidadores primarios de pacientes pediátricos hospitalizados en el INSN.
- Firma de consentimiento informado.

3.7.2 Criterios de exclusión

- Paciente pediátrico con algún trastorno físico, patología o escolaridad que impida responder el test de Kovacs.
- Paciente pediátrico que haya respondido el test previamente.
- Cuidador primario con imposibilidad de responder el cuestionario.
- Negativa a firmar el consentimiento informado.

3.8 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Con el fin de obtener los datos necesarios se empleó la técnica de encuestas y la recolección de datos se realizó con un instrumento que fue el test de Kovacs que evaluó la presencia de depresión en los pacientes pediátricos y el otro instrumento fue la escala de Goldberg para evaluar depresión y ansiedad en cuidadores primarios.

El Inventario de Depresión Infantil o Test de Kovacs se aplica a pacientes pediátricos a partir de los 8 años y el resultado de la prueba (ver anexo 3) permite obtener datos acerca de la depresión total y de dos escalas adicionales; el estado de ánimo disfórico (visión negativa de sí mismo) y las ideas de auto desprecio (visión negativa del medio y del futuro), consta de 27 ítems. (Ramírez Barrantes, 2009) (León, 2013)

El Estado de Ánimo Disfórico es una expresión o muestra de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo. El niño manifiesta

cambios en el estado de ánimo, mal humor, irritabilidad, se enfada fácilmente, llora con facilidad, es negativista y resulta difícil de complacer. El puntaje máximo es de 34. A mayor puntaje, mayor presencia de estado de ánimo disfórico.

En las Ideas de Auto desprecio el niño expresa sentimientos de irritabilidad, incapacidad, fealdad y culpabilidad. Presenta ideas de persecución, deseos de muerte y tentativas de suicidio, revela ideas de escaparse y huir de su casa. El puntaje máximo a alcanzar es 20. A mayor puntaje, mayor presencia de ideas de auto desprecio. La aplicación del inventario puede ser individual, colectiva o auto administrada, no hay tiempo límite, pero se estima en un promedio de 15 a 20 minutos aproximadamente; siendo un tiempo prudente para que pueda valorar correctamente el cuestionario.

El test de depresión de Kovacs (ver anexo 3) se emplea convenientemente en pediatría (Bragado, 2008) (Pelaz., 2008) y están validados para el habla hispana y para la población peruana donde se determinó un alfa de Cronbach de 0.9176 y un coeficiente de correlación de Pearson $r > 0.31$ (Ramírez Barrantes, 2009) (Ramírez Sibaja, 2013).

En el estudio que Raffo realizó en el Perú, se obtuvo un adecuado nivel de consistencia interna (0,81), así como correlaciones ítem-test comprendidas entre 0,21 y 0,63. (Raffo, 1991). Reátegui determinó en la investigación realizada en nuestro medio con 685 niños, que el test de Kovacs obtiene una alta consistencia interna ($\alpha = 0,81$), obteniéndose similar consistencia en los resultados obtenidos en la población de escolares ($n=570$; $\alpha = 0,80$) y en la población clínica ($n=62$; $\alpha = 0,77$) por lo que se consideró no aplicar ninguna prueba de validación adicional durante la presente investigación. (Reátegui, 1994)

El investigador procuró que el paciente estuviera motivado, para ello explicó las razones de dicha evaluación y respondió las dudas que le plantearon antes de empezar el cuestionario referido a síntomas de las

últimas dos semanas. Se entregó a pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, el cuestionario con el test de Kovacs en su misma cama de hospitalización, con respuestas en ese mismo momento o diferidas si lo creía conveniente. No se produjo ninguna interrupción salvo para aclarar el significado de alguna palabra o frase. Los pacientes tuvieron suficiente independencia y tranquilidad. Al finalizar la prueba se comprobó la respuesta de todos los elementos y los datos correctos de la identificación.

Para evaluar la depresión en el Cuidador Primario se empleó la escala de Goldberg impresa e individual (ver anexo 4) que permite detectar la probabilidad de los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes en Atención Primaria; ansiedad y depresión. Es un instrumento sencillo, breve, de fácil manejo y que sirve adicionalmente de guía para la anamnesis e indicador de prevalencia, severidad y evolución de dichos trastornos. Para la subescala ansiedad, establece un puntaje mayor o igual a 4 y de 2 o más para la subescala depresión. Si el test es positivo para ambos trastornos se denominará Comorbilidad. La versión castellana validada demostró fiabilidad y validez en la Atención Primaria con una sensibilidad del 83.1%, especificidad de 81.8% y valor predictivo positivo de 95.3%. (Gonçalves, 2003). Se encontró un alfa de Cronbach de 0.77 y 0.81 para la subescala depresión y ansiedad respectivamente (Arrieta, 2014). En poblaciones latinoamericanas se ha demostrado adecuada confiabilidad donde la consistencia interna (alfa de Cronbach) fue de 0,86; 0,81 para la sub-escala de ansiedad y 0.77 para la de depresión. (Arrieta, 2014). En el Perú se ha utilizado para detectar estos trastornos en adultos (Osada, 2008) (Osada, 2010) (Castillo, 2010) sin datos sobre la confiabilidad inter-observador por lo que se calculó el índice de kappa antes de su utilización.

El investigador preguntó al cuidador primario acerca de los síntomas contenidos en las escalas, referidos a los 15 días previos, debiendo ignorar los síntomas que en el momento actual dejaron de estar presentes o cuya intensidad era leve. Aunque pudieron existir otros

síntomas, que deberían ser explorados, la puntuación se obtuvo únicamente a partir de los mencionados en las escalas.

Aunque todos los ítems tienen la misma puntuación, siguen un orden de gravedad creciente, de forma que los últimos ítems de cada escala suelen aparecer en los pacientes con trastornos más graves.

El investigador entregó a los cuidadores primarios que cumplieron los criterios de inclusión un cuestionario con la escala de Goldberg que fue respondido por la propia persona en el área de hospitalización. Los resultados fueron ingresados a una base de datos para su posterior análisis.

3.9 Aspectos éticos

Todos los procedimientos del presente estudio preservaron la integridad y los derechos fundamentales de los pacientes sujetos a investigación, de acuerdo con los lineamientos de las buenas prácticas clínicas y de ética en investigación biomédica. El protocolo fue revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto de Salud del Niño. A todos los pacientes elegibles se les solicitó su participación libre y voluntaria, mediante un Formato de Consentimiento Informado el cual fue firmado por el cuidador primario y el de Asentimiento informado, firmado por el paciente.

Todos aquellos pacientes en quienes se detectó depresión por el test de Kovacs fueron evaluados por el Servicio de Psiquiatría del Instituto Nacional de Salud del Niño, mediante solicitud de interconsulta recibiendo el tratamiento y seguimiento respectivo.

A todos aquellos cuidadores primarios con test de Goldberg positivo para ansiedad y/o depresión se les informó y sugirió acudir al Centro de Salud Mental más cercano a su lugar de residencia.

3.10 Análisis e interpretación de la información

La clasificación, registro y codificación lo realizó el investigador a partir de un banco de datos recolectado inicialmente e ingresados a una hoja Excel. Los test se expresaron en puntajes y los resultados presentados en valores y porcentajes en cuadros y una figura. Se realizaron análisis descriptivos y los resultados se resumieron en tablas de frecuencias. El procesamiento de los datos se realizó usando software SPSS versión 20 aplicándose pruebas de significación estadística donde correspondía hacerlo y que se detallan en el anexo 5.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

4.1.1 Pacientes pediátricos

Los pacientes pediátricos que cumplieron los criterios de inclusión, firmaron el asentimiento informado y respondieron el test de Kovacs fueron 120. Ningún paciente consultado rechazó ingresar al estudio y sus padres aceptaron firmar el consentimiento informado.

En la tabla 1 se observan datos socio-demográficos recolectados a través de la ficha respectiva. La mayoría procedía de Lima Metropolitana - Callao (71%) con una distribución similar en el sexo y una edad promedio de 12,5 años. El tiempo de hospitalización se encontró muy disperso lo que se demuestra en los valores de la desviación estándar y en el tiempo mínimo y máximo de estancia.

Tabla 1. Características socio-demográficas del paciente pediátrico

Edad (años)	X± DS	12,5 ± 2,8
	Mediana	13
Procedencia	Lima-Callao	85 (71%)
	Provincias	35 (29%)
Sexo	Masculino	56 (46,7%)
	Femenino	64 (53,3%)
Días de hospitalización	x ± DS	16,3 ± 17,8
	Mediana	11,5
	Mínimo	2
	Máximo	123

En la tabla 2 se observan los porcentajes de los diferentes niveles de depresión encontrados en pacientes hospitalizados, 40% de ellos sin síntomas de depresión y hasta 12,5% con síntomas de depresión severa.

Tabla 2. Depresión en pacientes pediátricos hospitalizados

Sin depresión	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión severa
48 (40%)	44(36,7%)	13 (10,8%)	15(12,5%)

La tabla 3 muestra que la mayoría de los pacientes procedieron de Lima Metropolitana - Callao (70,8%), así como el 40,8% de los que presentaron algún nivel de depresión; solo el 19,2% con algún nivel de depresión provenían de provincias, no encontrándose

diferencias significativas entre depresión y procedencia (anexo 5, análisis estadístico)

Tabla 3. Niveles de Depresión según procedencia

	Lima-Callao	Provincias	p
Sin depresión	36 (30%)	12 (10%)	NS
Depresión leve	31 (25,8%)	13 (10,9%)	NS
Depresión moderada	7 (5,8%)	6 (5%)	NS
Depresión severa	11 (9,2%)	4 (3,3%)	NS
Total	85 (70,8%)	35 (29,2%)	0,52

Nota: p= nivel de significancia; NS= No significativo

La Tabla 4 muestra los niveles de depresión según el tiempo de hospitalización encontrándose que el 36,7 % de pacientes con algún nivel de depresión tuvieron menor permanencia comparado con los de estancia hospitalaria prolongada (23,4%), aunque sin diferencias significativas (anexo 5, análisis estadístico).

Tabla 4. Niveles de depresión según tiempo de hospitalización

	≤ 15 días	> 15 días	P
Sin Depresión	38 (31,6%)	10 (8,3%)	NS
Depresión leve	29 (24,2%)	15 (12,5%)	NS
Depresión moderada	9 (7,5%)	4 (3,4 %)	NS
Depresión severa	6 (5%)	9 (7,5%)	NS
Total	82 (68,3%)	38 (31,7%)	0,62

Nota: p= nivel de significancia; NS= No significativo

La ausencia de depresión en la investigación se relacionó con enfermedades autoinmunes, inflamatorias, infecciosas, neuroquirúrgicas, hematológicas, linfoproliferativas entre otras y que se muestran en la tabla 5 y 6, donde las cifras entre paréntesis indican el número de casos.

Tabla 5. Diagnósticos sin estancia prolongada y sin depresión

Asma (4)	Purpura trombocitopénica	Síndrome conversivo
Hemofilia A (4)	isoimmune (2)	Celulitis / Diabetes mellitus 1
Lupus eritematoso sistémico (2)	Síndrome vertiginoso (2)	Malformación renal/Infección urinaria
Neumonía (2)	Síndrome linfoproliferativo (2)	Glomerulonefritis post-infecciosa
Urticaria (2)	Cardiopatía congénita (2)	Quiste hidatídico
Gastroenteritis (2)	Artritis reactiva (2)	Hepatitis A
Pancreatitis aguda (2)	Adenitis mesentérica (2)	Absceso submaxilar
	Meningoencefalitis por neumococo	

Tabla 6. Diagnósticos con estancia prolongada y sin depresión

Lupus eritematoso sistémico (3)	Anemia aplásica
Dermatomiositis	Hemorragia digestiva alta
Fistula raquídea	Síndrome antifosfolipídico
Mielomeningocele	Absceso cervical

Las patologías relacionadas a depresión severa según el tiempo de estancia hospitalaria se muestran en la tabla 7 donde las cifras entre paréntesis indican el número de casos.

Tabla 7. Diagnóstico, estancia hospitalaria y depresión severa

Sin estancia prolongada	Con estancia prolongada
Tuberculosis/Henoch Schölein	Migraña/familia disfuncional
	Osteomielitis
Celulitis de miembro inferior	Sind. Guillan Barre
	Síndrome de asa corta
Hiperplasia suprarrenal congénita	Lupus eritematoso sistémico (2)
	Anemia aplásica
Síndrome depresivo (2)	Anomalía de Ebstein
	Mielomeningocele/médula anclada
Malformación renal	

4.1.2 Cuidadores primarios

Los cuidadores primarios que cumplieron criterios de inclusión y aceptaron firmar el consentimiento informado fueron 240, de los cuales 224 (93%) fueron madres de los pacientes, con una edad promedio de 38,9 años \pm 9,0 (tabla 8). Los días de hospitalización al igual que en los pacientes pediátricos estuvieron muy dispersos como lo demuestra el valor de la desviación estándar y el número de días mínimo y máximo.

Tabla 8. Características socio-demográficas del cuidador primario

Edad (años)	X \pm DS	38,9 \pm 9,0
	Mediana	38,5
Procedencia	Lima-Callao	184 (77%)
	Provincias	56 (23%)
Sexo	Masculino	10 (4,2%)
	Femenino	230 (95,8%)
Instrucción	Primaria	18 (8%)
	Secundaria	176(73%)
	Superior	46 (19%)
Días de hospitalización	x \pm DS	24,2 \pm 45,5
	Mediana	11
	Mínimo	2
	Máximo	300

El objetivo general del estudio fue determinar la depresión en el cuidador primario, pero dado que el instrumento de medición permite además evaluar la ansiedad se muestran los resultados finales de la evaluación de la escala de Goldberg.

El 13,5% de los cuidadores primarios presentaron puntajes sugestivos solo de ansiedad, 17% solo de depresión y 57% de comorbilidad; en 12,5% la escala de Goldberg no detectó trastorno alguno. El 77% procedía de Lima Metropolitana y Callao no encontrándose diferencias significativas respecto al tipo de trastorno detectado y la procedencia (tabla 9). En la tabla 9 también se observa que el 45,5% de los cuidadores primarios permanecieron más de 15 días en los ambientes hospitalarios sin asociación entre ansiedad y/o depresión con mayor estancia (ver anexo 5, análisis estadístico).

Tabla 9. Ansiedad y Depresión según procedencia y estancia hospitalaria

Procedencia	Comorbilidad	Ansiedad	Depresión	Ninguno	p
Lima-Callao	108 (45%)	26(11%)	26(11%)	24(10%)	N.S
Provincias	30 (12%)	6(2,5%)	14(6%)	6(2,5%)	N.S
Permanencia					
≤ 15 días	82 (34%)	18(7,5%)	22(9%)	12(5%)	N.S
>15 días	56 (23,5%)	14(6%)	18(7,5%)	18(7,5%)	N.S

Nota: p = nivel de significancia; NS = No significativo

La tabla 10 muestra que los todos los cuidadores con educación primaria presentaron algún síntoma sugerente de ansiedad y/o depresión; sin embargo, un grupo de cuidadores con instrucción secundaria y superior fueron asintomáticos, encontrándose diferencias significativas según el grado de instrucción (anexo 5, análisis estadístico).

Tabla 10. Ansiedad, depresión y grado de instrucción

	Comorbilidad	Ansiedad	Depresión	Ninguna	Total	p
Primaria	12 (5%)	4 (2%)	2 (1%)	0	18(8%)	0,24
Secundaria	112 (47%)	18 (7%)	30 (12%)	16 (7%)	176(73%)	< 0,05
Superior	14 (6%)	10 (4%)	8 (3%)	14 (6%)	46(19%)	<0,05

Nota: p= nivel de significancia

Las patologías pediátricas más frecuentes de los pacientes durante permanencia del cuidador fueron las neurológicas, gastrointestinal, respiratorias y renales (ver figura 1).

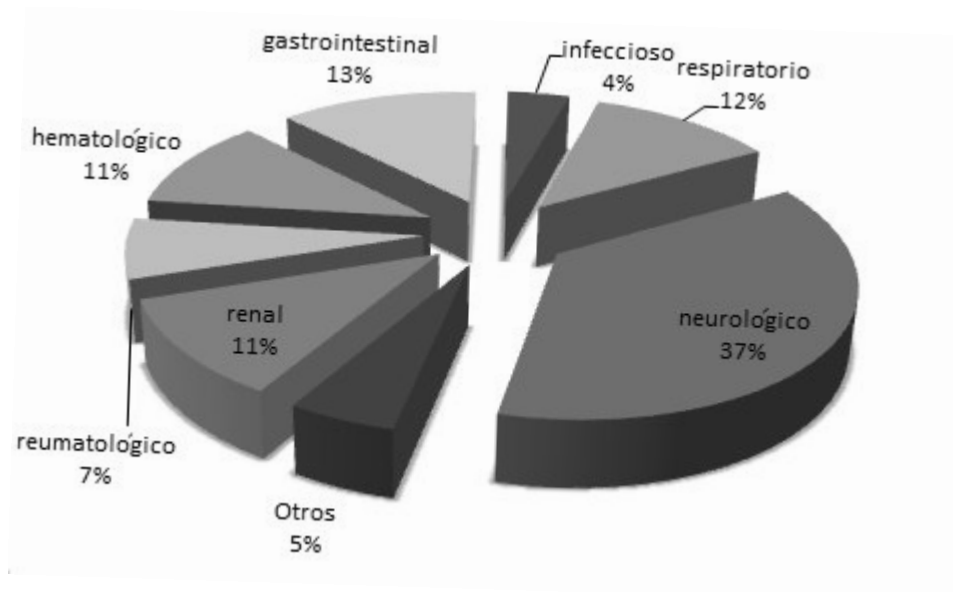


Figura 1. Tipo de patologías atendidas por cuidador

4.2 Análisis y discusión de resultados

4.2.1 Paciente pediátrico

La edad promedio mostrada en la tabla 1 fue de 12,5 años con una desviación estándar de 2,8 que abarca las edades referidas como adolescencia (INEI, 2011) que es el grupo etario más vulnerable. En algunas zonas urbanas de Lima, la edad donde se encuentra una alta prevalencia de trastornos mentales es la comprendida entre 10 y 19 años. (Anales de Salud Mental, 2012).

La estancia hospitalaria promedio fue de 16,3 días con datos dispersos debido a que los extremos de la hospitalización fueron 2 y 123 días, éste último correspondiente a un paciente con fistulas raquídeas de curso crónico. Investigaciones en adultos hospitalizados como las realizadas por Grau y colaboradores en el 2003 encontraron sintomatología depresiva en un 21,5% (16,3% en hombres y 31,8% en mujeres), observándose mayores niveles de depresión y/o ansiedad en aquellos que sentían que su dolencia era de mayor gravedad.

En algunas zonas urbanas de Lima se encontraron porcentajes de trastornos mentales de 10,9 % para escolares y de 16,4% para adolescentes. Castro en 1976 reportó que el 41,3% de consultantes por enfermedades mentales en Lima Metropolitana está entre los 7 y 19 años y Felipa en 1998 señaló que la prevalencia de los trastornos mentales entre niños y adolescentes es de aproximadamente el 15%. Del Barrio y colaboradores en 1994 encontró una prevalencia de trastornos depresivos en niños españoles de 8,2% para edades entre 8 y 12 años y otra publicación reportó un 14,6% en menores de 19 años (Aláez, 2000). La presente investigación reporta hasta un 60% de pacientes pediátricos con algún nivel de depresión (tabla 2) demostrando porcentajes muy altos comparados con la población general, aunque el dato más relevante que se observa en dicha tabla es el 12,5% de depresión severa que está relacionada a alta morbilidad (NICE, 2005)

La depresión es el trastorno clínico de salud mental más frecuente en adolescentes en el Perú con estimados de 8,6% para Lima; 5,7% en la Sierra y 4,7% en la Selva (Anales de Salud Mental, 2012). La tabla 3 muestra la procedencia de los pacientes con depresión en nuestro estudio, no encontrándose diferencias significativas entre ambos grupos, aunque en Lima Metropolitana - Callao y provincias se encontró hasta 70 % y 90% respectivamente con algún nivel de depresión, cifras muy superiores a las encontradas en la población general (Anales de Salud Mental, 2012).

La tabla 4 relaciona el nivel de depresión con el tiempo de hospitalización, sin encontrar diferencias significativas entre aquellos que tienen estancia prolongada y los que no la tienen. No es posible comparar depresión y tiempo de hospitalización con publicaciones nacionales ni extranjeras pues no existen reportes para la edad pediátrica a la fecha usando términos MeSH en pubmed (caregivers, prolonged hospitalized, adolescent, children, prolonged stay, anxiety, depression) y en Tripdatabase empleando preguntas PICO (Cuello, 2015)

Como muestra la tabla 5, en ausencia de depresión las patologías relacionadas fueron tanto de curso agudo (neumonías) como las de evolución crónica como el asma, enfermedades reumatológicas y hematológicas entre otras. La oficina de estadística del Instituto Nacional de Salud del Niño (datos no publicados) en su informe anual 2016 reportó que en el Servicio de Medicina Pediátrica los egresos hospitalarios más prevalentes fueron las neumonías, asma, enfermedades reumatológicas, parálisis cerebral infantil por lo que la población estudiada estaría reflejando la tendencia diagnóstica del Servicio donde se realizó la investigación.

En la tabla 6 se muestra el tipo de patología relacionada con depresión severa, predominando aquellas de curso crónico con o sin estancia prolongada. Se ha reportado que ciertas enfermedades son un factor de riesgo para desarrollar depresión, como son las cardiovasculares (Giner, 2014) o las de tipo metabólico como la diabetes (Yu, 2015). En pacientes oncológicos, Cavusoglu en 2001, González en el 2006 y Rodríguez Candiles en el 2008 encontraron depresión en el 22%, 15%, y 42% de los pacientes respectivamente. Rivas en el 2015 encuentra en escolares y adolescentes mexicanos con leucemia aguda en fase de tratamiento un porcentaje de depresión de 93,5%.

Esta investigación reporta que el porcentaje de depresión en el paciente pediátrico hospitalizado es mayor al de la población general con niveles alarmantes de depresión severa (12,5%) que se asocian a alta morbilidad en diversas publicaciones (NICE, 2005). No se ha demostrado que exista mayor depresión a mayor estancia hospitalaria del paciente pediátrico y se propone un futuro proyecto de investigación que relacione la depresión con el tipo de patología o con el curso de la misma, así como la validación de un instrumento que evalúe depresión en el paciente pediátrico hospitalizado.

4.2.2 Cuidadores primarios

El presente estudio es el primero en mostrar en nuestro medio la frecuencia de sintomatología de ansiedad y/o depresión en cuidadores de pacientes pediátricos hospitalizados y su asociación con procedencia, estancia hospitalaria y grado de instrucción. Nuestros resultados lo hemos comparado, al no existir estudios similares, con la población general.

Es muy importante señalar que la presente investigación contribuye a señalar el importante rol que asume la madre como cuidadora primaria pues la responsabilidad recae casi exclusivamente en ella (93%). La familia es considerada como un mediador del proceso salud-enfermedad y reproduce los eventos sociales y psicológicos dentro de ella, entonces cualquier alteración en uno de sus miembros afectan todos estos procesos.

La edad promedio de los cuidadores que reporta el estudio se ubica en la cuarta década; datos nacionales en la población general ubican la mayor prevalencia de ansiedad y depresión entre la segunda y quinta década respectivamente (Anales de Salud Mental, 2002). Es explicable considerando que, en su mayoría, las madres de pacientes

pediátricos púberes o adolescentes en nuestro estudio iniciaron su maternidad una década atrás. En México se reporta el inicio de la ansiedad y depresión entre la adolescencia y la adultez temprana (Heinze, 2010). El tiempo de estancia extrema (300 días) se explica pues al inicio del estudio ya había cuidadores primarios de pacientes con ventilación mecánica prolongada y que cumplían los criterios de inclusión.

Según datos nacionales publicados, la prevalencia en la población general para comorbilidad es de 23,5%, y para depresión y ansiedad separadamente de 18,2% y 9,9 % (Anales de Salud Mental, 2002). Entre pacientes que acudieron al consultorio externo en un Hospital de Lima se encontró 13,7% de comorbilidad, 10,3% de depresión y 10,6% de trastorno ansioso (Fiestas, 2012). Es alarmante entonces los porcentajes muy elevados de sintomatología de ansiedad y depresión encontrados en nuestro estudio en relación a la población general y que sobrepasa el 80%.

Existen publicaciones que reportan hasta un 26% de depresión en cuidadores primarios de niños con asma (Welkom, 2015) a diferencia del 17% con puntaje sugerente de depresión que encontramos en nuestro estudio, así como un 57% de comorbilidad, entonces es de suma importancia para la evaluación de la severidad y pronóstico.

La prevalencia en ciudades de la costa peruana se estima en 14,1% y 21,4% para depresión y ansiedad respectivamente (Anales de Salud Mental, 2005) (Anales de Salud Mental, 2012). En zonas donde la población sufrió conflicto armado como Ayacucho la prevalencia aumenta hasta 20,1% y 13,6% para depresión y ansiedad, aunque un 50,6% de la población refiere haber sufrido algún trastorno psiquiátrico en algún momento de su vida (Anales de Salud Mental, 2004).

A pesar que el 77% procedía de Lima Metropolitana - Callao, no se encontró en la investigación diferencias significativas entre procedencia y algún tipo de sintomatología de ansiedad y/o depresión.

La mayor permanencia hospitalaria no produjo mayor porcentaje de ansiedad-depresión como inicialmente se planteó en la hipótesis. Durante la hospitalización prolongada pueden existir procesos de habituación del familiar, tanto por aceptación de la enfermedad o por el tipo de patología crónica relacionada a hospitalizaciones frecuentes que origina relaciones de familiaridad y fraternidad compensatorias con el personal de salud, que explicaría la ausencia de asociación con la estancia prolongada que se reporta.

El 100% de los cuidadores con grado de instrucción primaria presentó alguna sintomatología, aunque la escasa muestra de este grupo (18 cuidadores) comparada con el total podría haber afectado el nivel de significancia. Se encontró asociación entre nivel de instrucción secundaria y superior con sintomatología de ansiedad y/o depresión como se observa en la tabla 10 y el anexo 5. En la población general con trastornos de ansiedad y depresión el 12,6% tiene estudios primarios, 42,8% secundaria y 44% educación superior (Anales de Salud Mental, 2002).

Se ha reportado hasta 16% de depresión y 21% de ansiedad en cuidadores primarios de pacientes hematológicos (El-Jawahri, 2015) y cifras similares en cuidadores de pacientes con parálisis cerebral infantil y asma (Marx, 2011), (Wittchen, 1993) (Astudillo, 2002) (Coender, 2014), pero no existen datos nacionales ni extranjeros en pacientes hospitalizados salvo en unidades de prematuros (Chourasia, 2013), (Wormalda, 2014). Esta investigación no ha considerado cuidadores de pacientes con una patología específica, aunque cerca del 40% fueron de niños con parálisis cerebral infantil severa.

La escala de Goldberg está diseñado para pacientes atendidos en la atención primaria como tamizaje eficaz, no existe a la fecha un instrumento similar aplicable a cuidadores dentro de ambientes hospitalarios.

Concluimos que la sintomatología de ansiedad y/o depresión en el cuidador primario en el presente estudio son mayores a los de la población general encontrándose asociación con el grado de instrucción. No encontramos nivel de significación estadística entre ansiedad y depresión con procedencia o tiempo de hospitalización.

Proponemos finalmente una evaluación adjunta a la historia clínica del paciente pediátrico que consigne la salud mental del cuidador primario. La detección temprana y su adecuado tratamiento contribuirán a atenuar la sobrecarga afectiva por la enfermedad del niño en la salud y bienestar del cuidador primario, necesario para la estabilidad del entorno familiar y social cuando esta recae en los padres, mejorando de manera integral la calidad de la atención junto con la recuperación de la salud del paciente pediátrico.

CONCLUSIONES

1. Los porcentajes de depresión en pacientes pediátricos hospitalizados son mayores a los de la población general.
2. Los porcentajes de depresión y de comorbilidad en el cuidador primario del paciente pediátrico hospitalizado son mayores a los de la población general.
3. No se ha demostrado asociación entre los casos de depresión en los pacientes pediátricos hospitalizados y el tiempo de estancia hospitalaria.
4. No se ha demostrado asociación entre los casos de depresión en los cuidadores primarios y el tiempo de estancia hospitalaria.
5. No se ha demostrado asociación entre los casos de depresión y la procedencia del paciente pediátrico hospitalizado y del cuidador primario.

RECOMENDACIONES

1. Se necesita desarrollar estudios multicéntricos sobre la salud mental en la edad pediátrica para determinar su prevalencia durante la hospitalización y poder realizar estudios comparativos en las diferentes instituciones de salud del país.
2. Se deben realizar diseños de investigación que determinen los factores de riesgo para desarrollar depresión severa durante la hospitalización del paciente pediátrico.
3. Se deben validar instrumentos para la evaluación de la salud mental dentro del ambiente hospitalario en el paciente pediátrico y en el cuidador primario.
4. Se deben promover la elaboración y aplicación de Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para diagnóstico y tratamiento de Depresión en pacientes pediátricos hospitalizados a fin de unificar criterios médicos, uso de recursos y calidad de atención
5. Se debe promover una historia clínica que consigne la salud mental del paciente pediátrico y del cuidador primario con reevaluación quincenal para vigilar su evolución y severidad durante la estancia hospitalaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Achenbach, T. (1982). *Development psychopathology*. New York: Wiley.
- Alaez, M., Martinez-Arias, R., & Rodriguez, C. (2000). La prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relacion con la edad y el género. *Psicothema*, 12(4), 525-532.
- Alexander, F. (1966). *The history of psychiatry*. New York: Harper & Row.
- Álvarez, A. M., Ayala, A., & Hernández, P. (2011). *Guía Clínica para el diagnostico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*. Mexico: Manual de Guías Clínicas.
- American Psychiatric Association (2013). *Depressive Disorders, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5 ed.). Washington DC.
- Anales de Salud Mental. (2002). *Estudio Epidemiologico Metropolitano en Salud Mental* (Vol. XVIII). Lima, Perú: Instituto Nacional de Salud Mental.
- Anales de Salud Mental. (2004). *Estudio epidemiologico en Salud Mental en Ayacucho* (Vol. XX). Lima, Perú: Instituto Nacional de Salud Mental.
- Anales de Salud Mental. (2005). *Estudio Epidemiologico en Salud Mental en la selva peruana* (Vol. XXI). Lima, Perú: Instituto Nacional de Salud Mental.
- Anales de Salud Mental. (2007). *Estudio Epidemiologico en Salud Mental en la Costa peruana 2006* (Vol. XXIII). Lima: Instituto Nacional de Salud Mental.
- Anales de Salud Mental. (2012). *Estudio epidemiológico de Salud Mental de niños y adolescentes en Lima metropolitana y Callao 2007* (Vol. XXVIII). Lima: Instituto Nacional de salud Mental.
- Akiskal , H., & Weller , E. (1989). Mood disorders and suicide in children and adolescents . En H. Kaplan , & B. Saddock, *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (5 ed., Vol. 2). Lippincott Williams & Wilkins.

- Arrieta Vergara, K., Diaz Cardenas, S., & Gonzales Martinez, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 14-22.
- Arrieta, C. (1999). Necesidades físicas y organizativas de la familia. En W. Astudillo, C. Arrieta, C. Mendinueta, & I. Vega de Seoane, *La familia en la terminalidad* (págs. 59-74). San Sebastian: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- Asarnow, J., Porta , G., & Spirito , A. (2011). Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in the Treatment of Resistant Depression in Adolescents: Findings from the TORDIA Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(8), 772-81.
- Astudillo, W., Mendinueta, C., & Astudillo, E. (2002). El síndrome del agotamiento en los Cuidados Paliativos. En *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia* (págs. 514-525). Barañain: EUNSA.
- Bang , K., Chae , S., & Hyun , M. (2012). The mediating effects of perceived parental teasing on relations of body mass index to depression and self-perception of physical appearance and global self-worth in children. *Journal of Advance Nursing*, 68(12), 2646-53.
- Baraibar, R. (1977). *Enfoque en pediatría, aspectos psicosociales*. Montevideo: Oficina del Libro.
- Barron Ramirez, B. S., & Alvarado Aguilar, S. (2009). Desgaste físico y emocional del Cuidador Primario en cáncer. *Cancerología*, 39-46.
- Birmaher , B., Kaufman , J., & Brent , D. (1997). Neuroendocrine response to 5-hydroxy-L-tryptophan in prepubertal children at high risk of major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54(12), 1113-9.
- Bonet de Luna, C., Fernandez García, M., & Chamon Parra, M. (2011). Depresión, ansiedad y separación en la infancia. *Revista Pediatría de Atención Primaria* , 471-89.
- Bragado , C., Hernandez-LLoreda, M. J., Sanchez Bernardos, M. L., & Urbano, S. (2008). Autoconcepto físico, ansiedad, depresión y

- autoestima en niños con cáncer y niños sanos sin historiad de cáncer. *Psicothema*, 20(3), 413-419.
- Cabrera , P., Urrutia, B., Vera, V., Alvarado, M., & Vera-Villarroel, P. (2005). Ansiedad y depresión en niños con cáncer. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(2), 115-124.
- Cardenas, E. M., Feria, M., Palacios, L., & de la Peña, F. (2010). *Guia clinica para los trastornos de ansiedad de niños y adolescentes*. Mexico: S. Berenson, J del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora.
- Carlson, G., & Kashani, J. (1988). Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: analysis of three studies. *American Journal of Psychiatry*, 145(10), 1222-1225.
- Castillo Vilca, M., Prado Mendoza, C., & Vega Dienstmaier, J. (2010). Prevalencia de depresión en estudiantes del quinto año de medicina de una universidad privada de Lima. *Revista de Neuropsiquiatría*, 73(1), 9-14.
- Castro, J. (1976). *Atencion psiquiatrica a población escolar, metodos de trabajo y perspectivas, Tesis de doctorado*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Cavusoglu, H. (2001). Depression in children with cancer. *Journal of Pediatric Nursing*, 16(5), 380-5.
- Center for Disease Control. (2015). *National Center for Injury Prevention and Control, Division of Violence Prevention. Suicide Facts at a Glance 2015*. Recuperado el 27 de junio de 2018, de <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicide-datasheet-a.pdf>
- Chess, S. (1989). Child and adolescent psychiatry come of age: A fifty-year perspective. *Annual Progress in Child Psychiatry & Child Development*, 527-542.
- Chourasia, N., Surianarayanan, P., Bethou, A., & Bhat, V. (2013). Stressors of NICU mothers and the effect of counseling-experience from a tertiary care teaching hospital, India. *Journal of Maternal Fetal & Neonatal Medicine*, 26(6), 616-8.
- Clarke, A., & Clark, A. D. (1986). Thirty years of child psychology: a selective review. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 719-759.

- Coenders , A., Chapman , C., Hannaford, P., Jaaniste, T., Qie, W., Anderson, D., & Champion, D. (2014). In search of risk factors for chronic pain in adolescents: a case–control study of childhood and parental associations. *Journal of Pain Research*, 7, 175-183.
- Cohen , R., Grieve , S., & Hoth , K. (2006). Early life stress and morphometry of the adult anterior cingulate cortex and caudate nuclei. *Biological Psychiatry*, 59(10), 975-982.
- Cuello, C., & Perez, G. (2015). *Medicina basada en la evidencia*. Mexico: Editorial Médica Panamericana.
- Damasio , A., Tranel , D., & Damasio, H. (14 de diciembre de 1990). Individuals with sociopathic behavior caused by frontal damage fail to respond autonomically to social stimuli. *Behavioural Brain Research*, 41(2), 81-94.
- De Bellis , M., Dahl , R., & Perel, J. (1996). Nocturnal ACTH, cortisol, growth hormone, and prolactin secretion in prepubertal depression. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(9), 1130-8.
- Del Barrio, V. (1990). Situación actual de la evaluación de la depresión infantil. *Evaluación Psicológica/Psychological Assessment*, 171-209.
- Del Barrio, V. (1997). *Depresión Infantil, concepto, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Ariel.
- Del Barrio, V., Frias, D., & Maestre, V. (1994). Autoestima y depresión en niños. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47(4), 471-476.
- Drevets, W., Price , J., & Simpson , J. (24 de abril de 1997). Subgenual prefrontal cortex abnormalities in mood disorders. *Nature*, 386(6627), 824-7.
- Dughi, P., & Contreras, C. (3 de setiembre de 2017). *Modulo de Atención Integral en Salud Mental, Ministerio de Salud*. Obtenido de <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/053.pdf>
- El-Jawahri, A., Traeger, L., Kuzmuk, K., Eusebio, J., Vandusen, H., Shin, J., & Jackson, V. (2015). Quality of Life and Mood of Patients and Family Caregivers during Hospitalization for Hematopoietic Stem Cell Transplantation. *Cancer*, 121(6), 951-959.
- ESSALUD. (2014). *Lineamientos de Programación de Prestaciones de Salud*. Lima: ESSALUD.

- Everhart, R., Fedele, D., Miadich, S., & Koinis-Mitchell, D. (2015). Caregiver quality of life in pediatric asthma: associations with beliefs and concerns about medications and emergency department use. *Clinical pediatrics*, 54(3), 249-56.
- Felipa, E. (1998). Psiquiatría infantil. En A. Perales, *Manual de psiquiatría "Humberto Rotondo"*. Lima: Fondo Editorial UNMSM.
- Fiestas-Teque, L., & Vega-Dienstmaier, J. (2012). Síntomas físicos en pacientes con trastornos de ansiedad y depresión que acuden a la consulta externa de psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Revista de Neuropsiquiatría*, 75(2), 47-57.
- Gaffrey , M., & Barch, D. (2013). Disrupted Amygdala Reactivity in Depressed 4–6-Year-Old Children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(7), 737–746.
- Ginera, J., Saiz Ruiz, J., Bobes, J., Zamorano, E., López, F., Hernando, T., & Romacho, M. (2014). Consenso español de salud física del paciente con depresión. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(4), 195-207.
- Gonçalves, F., González Rodríguez, V. M., & Vázquez Castro, J. (2003). *Guía de buena práctica clínica en Depresión y Ansiedad*. Madrid: International Marketing & Communications, S.A.
- Gonzáles, Y. (2006). Depresión en niños y niñas con cáncer. *Actualidades En Psicología*, 20, 22-44.
- Grau, M., Suñer, S., Abuli, P., & Comas , C. (2003). Niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad. *Medicina Clínica*, 120(10), 370-375.
- Green , J., McLaughlin, K., & Berglund, P. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey Replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry*, 67(2), 113-123.
- Hammen , C., Burge , D., & Adrian , C. (1991). Timing of mother and child depression in a longitudinal study of children at risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 341-5.
- Hanson , J., Chung , M., & Avants , B. (2010). Early stress is associated with alterations in the orbitofrontal cortex: a tensor-based morphometry

- investigation of brain structure and behavioral risk. *Journal of Neuroscience*, 30(22), 7466-7472.
- Harlow, H., Harlow, M., & Suomi, S. (1971). From thought to therapy: lessons from a primate laboratory. *American Scientist*, 538-549.
- Harmatz, M. (1978). *Abnormal Psychology*. New Jersey: Prentice Hall.
- Heinze, M., & Camacho, P. (2010). *Guía clínica para el manejo de la Ansiedad* (Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales ed.). Mexico: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
- Hendren, R., De Backer, & Pandina, G. (2000). Review of neuroimaging studies of child and adolescent psychiatric disorders from the past 10 years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(7), 815-28.
- Hobson, R. (1985). *Childhood adolescent psychiatry*. Oxford: Blackwell.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2011). *Estado de la Niñez en el Perú*. Lima: UNICEF.
- Kelly, P., Viding, E., & Wallace, G. (2013). Cortical thickness, surface area, and gyrification abnormalities in children exposed to maltreatment: neural markers of vulnerability? *Biological Psychiatry*, 74(11), 845-852.
- Kendler, K., Karkowski, L., & Prescott, C. (1999). Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 156(6), 837-841.
- Kessler, R., McLaughlin, K., & Green, J. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. . ;). *British Journal of Psychiatry*, 197(5), 378-385.
- Khan, W., Rabbani, M., Afzal, E., & Adnan, M. (2013). Psychological screening in children with diabetes mellitus type-I at the children's hospital and the Institute of Child Health, Multan. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 63(12), 1520-1522.
- Klaas, S., Kelly, E., Anderson, C., & Vogel, L. (2014). Depression and Anxiety in Adolescents With Pediatric-Onset Spinal Cord Injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 20(1), 13-22.
- Klerman, G., & Weissman, M. (1989). Increasing rates of depression. *JAMA*, 261(15), 2229-35.

- Kuburovic, N., Pasic, S., Susic, G., Stevanovic, D., Kuburovic, V., Zdravkovic, S., & Pekmezovic, T. (2014). Health-related quality of life, anxiety, and depressive symptoms in children with primary immunodeficiencies. *Patient Preference and Adherence*, 8, 323-330.
- León, M. (2013). Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la UGEL 02 de Lima Metropolitana. *Revista PsiqueMag*, 27-44.
- Lizasoáin, O., & Ochoa, B. (2005). Repercusiones de la hospitalización pediátrica en el niño enfermo. *Osasunaz. Cuadernos de Ciencias de la Salud*, 75-85.
- Logan, D., Williams, S., Carullo, V., Claar, R., Bruehl, S., & Berde, C. (2013). Children and adolescents with complex regional pain syndrome: More psychologically distressed than other children in pain? *Pain Research and Management*, 87-93.
- Marx, C., Masruha Rodrigues, E., Masruha Rodrigues, M., & Vilanova, L. C. (2011). Depression, anxiety and daytime sleepiness of primary caregivers of children with cerebral palsy. *Revista Paulista de Pediatria*, 29(4), 483-8.
- Merino Vilca, N. (2004). *Sintomas depresivos en escolares de Lima y Trujillo mediante el inventario de Kovacs (CDI)*. Lima, Perú: Tesis para optar el grado académico de Magister en Psicología, Universidad Femenina del Sagrado.
- NICE (Clinical Guidelines). (26 de setiembre de 2005). *Depression in children and young people: identification and management*. Recuperado el 2 de octubre de 2017, de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg28>
- Nobile, M., Begni, B., & Giorda, R. (1999). Effects of serotonin transporter promoter genotype on platelet serotonin transporter functionality in depressed children and adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(11), 1396-402.
- Nolen-Hoeksema, S., Girus, J., & Seligman, M. (1992). Predictors and consequences of childhood depressive symptoms; a 5 year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 405-422.
- Ollendick, T. (1986). *Psicopatología Infantil*. Barcelona: Martinez Roca.

- Ortigosa Quiles, J. M., & Mendez Carrillo, X. (2000). *Hospitalización Infantil. Repercusiones psicológicas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Osada, J., Rojas, M., Rosales, C., & Vega Johann. (2008). Consumo de cafeína en estudiantes de medicina y su coexistencia con sintomatología ansiosa y depresiva. *Revista Médica Herediana*, 19(3), 102-107.
- Osada, J., Rojas, M., Rosales, C., & Vega, J. (2010). Sintomatología ansiosa y depresiva en estudiantes de medicina. *Revista de Neuropsiquiatría*, 73(1), 15-19.
- Pelaz Antolín, A., Bayón Perez , C., Fernández Liria, A., & Rodríguez Ramos, P. (2008). Temperamento, ansiedad y depresión en población infantil. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 617-625.
- Piaget, J., & Inhelder, B. (1969). *Psicología del niño*. Madrid: Morata.
- Raffo, L. (1991). *Depresión y autoconcepto en niños institucionalizados y no institucionalizados. Tesis de Licenciatura para obtener el título de Licenciado en psicología*. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima.
- Ramirez Barrantes, R. (2009). *Adaptación del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs en escolares de la ciudad de Cajamarca. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología Clínica*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/409>.
- Ramírez Sibaja , S. G. (2013). Síntomas de ansiedad y depresión en pacientes pediátricos con cardiopatías congénitas. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 18(3), 260-263.
- Reátegui, L. (1994). *La Depresión infantil: estandarización del "Inventario de depresión para niños (CDI)"*. Tesis de licenciatura para obtener el título de Licenciado en psicología. Universidad Cayetano Heredia. Lima.
- Rie, H. (1966). Depression in childhood. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 653-685.
- Rivas-Molina , N. S., Mireles-Pérez, E. O., Soto-Padilla, J. M., González-Reyes, N. A., Barajas-Serrano, T. L., & Barrera de León, J. C. (2015).

- Depresión en escolares y adolescentes portadores. *Gaceta Médica de México*, 186-191.
- Rocha, T., Zeni, C., & Caetano, S. (2013). Mood disorders in childhood and adolescence. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(suplemento 1), S22-S31.
- Rodriguez Candiles, V., Sanchez, C., Rojas, N., & Arteaga, R. (2008). Prevalencia de trastornos mentales en adolescentes con cáncer. *Sociedad Venezolana de Psiquiatria*, 54, 29-34.
- Rondón, M. (octubre-diciembre de 2006). Salud Mental: un problema de Salud Pública en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 23(4), 237-238.
- Salinas, P., Fullerton, C., & Retamal, P. (2014). Trastornos del ánimo y DSM-5. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 52(Suplemento 1), 18-22.
- Schwartz, S., & Harmon Johnson, J. (1985). *Psychopathology of childhood. A clinical experimental approach*. Oxford: Pergamon.
- Shafii, M., & Lee, S. (1995). *Depresión en niños y adolescentes*. Barcelona: Martinez Roca.
- Steingard , R., Renshaw , P., & Yurgelun-Todd, D. (1996). Structural abnormalities in brain magnetic resonance images of depressed children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(3), 307-11.
- Straub, J., Sproeber, N., Plener, P., Fegert, J., Bonenberger, M., & Koelch, M. (2014). A brief cognitive-behavioural group therapy programme for the treatment of depression in adolescent outpatients: a pilot study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental health*, 1-10.
- Teicher , M., & Samson , J. (2013). Childhood maltreatment and psychopathology: a case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *American Journal of Psychiatry*, 170(10), 1114-1133.
- Tomoda , A., Sheu , Y., & Rabi , K. (2011). Exposure to parental verbal abuse is associated with increased gray matter volume in superior temporal gyrus. *Neuroimage*, 54(suppl 1), S280-S286.
- Tutus , A., Kibar, M., & Sofuoglu , S. (1998). A technetium-99m hexamethylpropylene amine oxime brain single-photon emission

- tomography study in adolescent patients with major depressive disorder. *European Journal of Nuclear Medicine*, 25(6), 601-6.
- Twenge , J., Joiner , T., Rogers , M., & Martin , G. (2017). Increases in Depressive Symptoms, Suicide-Related Outcomes, and Suicide Rates Among U.S. Adolescents After 2010 and Links to Increased New Media Screen Time. *Clinical Psychological Science*, 6(1), 3-17.
- Weiss, B., Weiss, J., Politano, M., Carey, M., Nelson, W., & Finch, A. (1992). Relations among self-reported depressive symptoms in clinic referred children versus adolescents. *Journal of abnormal Psychology*, 391-397.
- Weissman , M., Leckman , J., & Merikangas , K. (1984). Depression and anxiety disorders in parents and children. Results from the Yale family study. . Sep.): *Archives of General Psychiatry*, 41(9), 845-52.
- Welkom , J., Hilliard, M., Rand, C., Eakin, M., & Riekert , K. (2014). Caregiver depression and perceptions of primary care predict clinic attendance in head start children with asthma. *Journal of Asthma*, 52(2), 176-182.
- Wittchen, H., & Essau, C. (1993). Comorbidity and mixed anxiety-depressive disorders: is there epidemiologic evidence? *Journal of Clinical Psychiatry*, 54 (Suplemento 1), 9-15.
- Whittle , S., Dennison , M., & Vijayakumar , N. (2013). Childhood maltreatment and psychopathology affect brain development during adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(9), 940-952.
- Wormald , F., Tapia, J., Torres , G., Cánepa, P., González, M. A., Rodríguez, D., & Domínguez, A. (2015). Estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales. Estudio multicéntrico. *Archivos argentinos de pediatría*, 113(4), 303-309.
- Yu , M., Zhang , X., Lu, F., & Fang, L. (2015). Depression and risk for diabetes: a meta-analysis. *Canadian Journal of Diabetes*, 39(4), 266-272.
- Zilboorg, G. (1968). *A History of Medical Psychology*. New York: Norton.

Anexo 1. Prueba piloto

Índice de kappa: Test de Kovacs

ASPECTOS A CONSIDERAR		OBSERVADORES			
		1	2		
OBSERVACIONES	1 ¿Las preguntas responden a los objetivos de la investigación?	1	1		
	2 ¿Las preguntas realmente miden las variables?	1	0		
	3 ¿El instrumento persigue el fin del objetivo general?	1	1		
	4 ¿el instrumento persigue los fines de los objetivos específicos?	0	0		
	5 ¿Las ideas planteadas son representativas del tema?	0	0		
	6 ¿Hay claridad en los items?	1	1		
	7 ¿Los items despiertan ambigüedad en sus respuestas?	0	0		
	8 ¿Las preguntas responden a un orden lógico?	0	0		
	9 ¿EL número de items por dimensiones es adecuado?	0	0		
	10 ¿El número de items por indicador es adecuado?	1	1		
	11 ¿La secuencia planteada es adecuada?	0	0		
	12 ¿Las preguntas deben ser reformuladas?	1	1		
	13 ¿Deben considerarse otros items?	1	1		
proporción de respuestas positivas =>		0.538	0.462		
		0.462	0.538		

CATEGORIAS:	
DE ACUERDO	1
EN DESACUERDO	0

observador 1	observador 2		total
	resp -	resp +	
resp -	6	0	6
resp +	1	6	7
total	7	6	13

valores esperados

observador 1	observador 2	
	resp -	resp +
resp -	3.231	2.769
resp +	3.769	3.231

$$P_0 = 0.9231$$

$$P_e = 0.4970$$

$$K = \frac{P_0 - P_e}{1 - P_e} = 84.706\%$$

Fuerza de concordancia: Excelente.

Índice de kappa: Escala de Goldberg

ASPECTOS A CONSIDERAR		OBSERVADORES	
		1	2
OBSERVACIONES	1 ¿Las preguntas responden a los objetivos de la investigación?	1	1
	2 ¿Las preguntas realmente miden las variables?	0	0
	3 ¿El instrumento persigue el fin del objetivo general?	1	1
	4 ¿el instrumento persigue los fines de los objetivos específicos?	1	1
	5 ¿Las ideas planteadas son representativas del tema?	1	0
	6 ¿Hay claridad en los items?	0	0
	7 ¿Los items despiertan ambigüedad en sus respuestas?	1	1
	8 ¿Las preguntas responden a un orden lógico?	0	0
	9 ¿EL número de items por dimensiones es adecuado?	0	0
	10 ¿El número de items por indicador es adecuado?	0	0
	11 ¿La secuencia planteada es adecuada?	1	1
	12 ¿Las preguntas deben ser reformuladas?	0	0
	13 ¿Deben considerarse otros items?	0	1
proporción de respuestas positivas =>		0.462	0.462
		0.538	0.538

CATEGORIAS:	
DE ACUERDO	1
EN DESACUERDO	0

observador 1	observador 2		total
	resp -	resp +	
resp -	6	1	7
resp +	1	5	6
total	7	6	13

valores esperados

observador 1	observador 2	
	resp -	resp +
resp -	3.769	3.231
resp +	3.231	2.769

$$P_0 = 0.8462$$

$$P_e = 0.5030$$

$$K = \frac{P_0 - P_e}{1 - P_e} = 69.048\%$$

Fuerza de concordancia: Buena.

Anexo 2. Definición operacional

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
Depresión Infantil	Visión negativa de si mismo, del medio y del futuro en paciente pediátrico	Cualitativo	Nominal	Test de Kovacs Escala valorable en puntaje a partir de los 8 años de edad ≤ 6 puntos: No Depresión 7 a 13 puntos: Depresión leve 14 a 19 puntos: Depresión moderada ≥ 20 puntos: Depresión severa	Test de KOVACS
Depresión del cuidador primario	Trastorno del estado de ánimo	Cualitativo	Nominal	Ecala de Goldberg para adultos con puntaje mayor o igual a 2 para sub escala de depresión. Adicionalmente mide sub-escala de ansiedad con puntaje mayor o igual a 4	Escala de Goldberg
Estancia Prolongada	Tiempo de hospitalización prolongado	Cualitativo	Nominal	Hospitalización que se prolonga más de 15 días desde su ingreso al Instituto Nacional de Salud del Niño.	Según fecha de ingreso al Hospital por historia clínica

NOMBRES Y APELLIDOS..... EDAD:.....

FECHA

F. DE INGRESO

HCL:

DX:

PROCEDENCIA:

F.N:

INSTRUCCIONES: Este es un cuestionario que tiene oraciones que están en grupos de tres. Escoge, de cada grupo, una oración, la que mejor diga como te has portado, como te has sentido o que has sentido en las **ÚLTIMAS DOS SEMANAS**, luego coloca una marca como una "X" en los espacios que correspondan. No hay respuesta correcta ni falsa, solo trata de contestar con la mayor sinceridad, lo que es cierto para ti. Aquí tienes unos ejemplos:

1

2

A. Siempre leo libros

☐

B. Algunas veces leo libros

☒

C. Nunca leo libros

☐

A. Me divierten los recreos

☒

B. A veces me divierten los recreos

☐

C. Me aburren los recreos

☐

Nº	ítems	Nº	Items
1	<p>A. Rara vez me siento triste <input type="checkbox"/></p> <p>B. Muchas veces me siento triste <input type="checkbox"/></p> <p>C. Me siento triste todo el tiempo <input type="checkbox"/></p>	2	<p>A. Las cosas me van a salir bien <input type="checkbox"/></p> <p>B. No estoy seguro si las cosas me van a salir bien <input type="checkbox"/></p> <p>C. Me siento triste todo el tiempo <input type="checkbox"/></p>
3	<p>A. Hago la mayoría de las cosas bien <input type="checkbox"/></p> <p>B. Hago muchas cosas mal <input type="checkbox"/></p> <p>C. Todo lo hago mal <input type="checkbox"/></p>	4	<p>A. Muchas cosas me divierten <input type="checkbox"/></p> <p>B. Me divierten algunas cosas <input type="checkbox"/></p> <p>C. Nada me divierte <input type="checkbox"/></p>
5	<p>A. Raras veces soy malo <input type="radio"/></p> <p>B. Soy malo muchas veces <input type="radio"/></p> <p>C. Soy malo todo el tiempo <input type="radio"/></p>	6	<p>A. Rara vez pienso que me van a pasar cosas malas <input type="checkbox"/></p> <p>B. Me preocupa que puedan pasarme cosas malas <input type="checkbox"/></p> <p>C. Estoy seguro que me pasarán cosas malas <input type="checkbox"/></p>
7	<p>A. Me gusto a mi mismo <input type="radio"/></p> <p>B. No me gusto a mi mismo <input type="radio"/></p> <p>C. Me odio a mi mismo <input type="radio"/></p>	8	<p>A. Generalmente no tengo la culpa de las cosas malas <input type="radio"/></p> <p>B. Tengo la culpa de muchas cosas malas <input type="radio"/></p> <p>C. Tengo la culpa de todas las cosas malas <input type="radio"/></p>
9	<p>A. Nunca he pensado en matarme <input type="radio"/></p> <p>B. A veces pienso en matarme Pero No lo haría <input type="radio"/></p> <p>C. Quiero matarme <input type="radio"/></p>	10	<p>A. Rara vez tengo ganas de llorar <input type="checkbox"/></p> <p>B. Muchos días me dan ganas de llorar <input type="checkbox"/></p> <p>C. Siento ganas de llorar todos los días <input type="checkbox"/></p>

11	A. Rara vez me molesta algo <input type="checkbox"/> B. Las cosas me molestan muchas veces <input type="checkbox"/> C. Las cosas me molestan todo el tiempo <input type="checkbox"/>	12	A. Me gusta estar con otras personas <input type="checkbox"/> B. Muchas veces no me gusta estar con otras personas <input type="checkbox"/> C. Yo no quiero estar con otras Personas <input type="checkbox"/>																	
13	A. Me decido fácilmente por algo, cuando quiero <input type="radio"/> B. Es difícil para mi decidirme por algo <input type="radio"/> C. No puedo decidirme por algo <input type="radio"/>	14	A. Me veo bien <input type="radio"/> B. Hay algunas cosas malas en mi apariencia <input type="radio"/> C. Me veo horrible <input type="radio"/>																	
15	A. Hacer las tareas del colegio no es problema <input type="radio"/> B. Muchas veces me cuesta esfuerzo hacer las tareas del colegio <input type="radio"/> C. Todo el tiempo me cuesta mucho esfuerzo hacer tareas del colegio <input type="radio"/>	16	A. Duermo muy bien <input type="checkbox"/> B. Varias noches tengo problemas para dormir <input type="checkbox"/> C. Todas las noches tengo Problemas para dormir <input type="checkbox"/>																	
17	A. Rara vez me siento cansado <input type="checkbox"/> B. Muchos días me siento cansado <input type="checkbox"/> C. Todo el tiempo me siento Cansado <input type="checkbox"/>	18	A. Como muy bien <input type="checkbox"/> B. Varios días no tengo ganas de comer <input type="checkbox"/> C. La mayoría de los días no tengo Ganas de comer <input type="checkbox"/>																	
19	A. No me preocupan dolores ni enfermedades <input type="checkbox"/> B. Muchas veces me preocupan dolores y enfermedades <input type="checkbox"/> C. Todo el tiempo me preocupan Dolores y enfermedades <input type="checkbox"/>	20	A. No me siento solo <input type="checkbox"/> B. Muchas veces siento solo <input type="checkbox"/> C. Todo el tiempo me siento solo <input type="checkbox"/>																	
21	A. Siempre me divierto en el colegio <input type="checkbox"/> B. Solo de vez en cuando me divierto en el colegio <input type="checkbox"/> C. Nunca me divierto en el colegio <input type="checkbox"/>	22	A. Tengo muchos amigos <input type="checkbox"/> B. Tengo muchos amigos, pero Quisiera tener más <input type="checkbox"/> C. No tengo amigos <input type="checkbox"/>																	
23	A. Mi rendimiento en el colegio es bueno <input type="radio"/> B. Mi rendimiento en el colegio no es tan bueno como antes <input type="radio"/> C. Mi rendimiento en el colegio es Malo <input type="radio"/>	24	A. Soy tan bueno como otros alumnos <input type="radio"/> B. Puedo ser tan bueno como otros Alumno, si yo quisiera <input type="radio"/> C. Nunca podré ser tan bueno como Otros alumnos <input type="radio"/>																	
25	A. Estoy seguro que hay personas que me quieren <input type="radio"/> B. No estoy seguro si alguien me quiere <input type="radio"/> C. Nadie me quiere realmente <input type="radio"/>	26	A. Generalmente hago caso en lo que me dicen <input type="checkbox"/> B. Muchas veces no hago caso en Lo que me dicen <input type="checkbox"/> C. Nunca hago caso en lo que me Dicen <input type="checkbox"/>																	
27	A. Me llevo bien con los demás <input type="checkbox"/> B. Muchas veces me peleo con los demás <input type="checkbox"/> C. Todo el tiempo me peleo con los Demás <input type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>AREAS</th> <th>PD</th> <th>Pc</th> <th>DIAGNÓSTICO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DISFORIA</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>AUTODES</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			AREAS	PD	Pc	DIAGNÓSTICO	DISFORIA				AUTODES				TOTAL			
AREAS	PD	Pc	DIAGNÓSTICO																	
DISFORIA																				
AUTODES																				
TOTAL																				

Anexo 4. Escala de Goldberg

Lea con detenimiento el cuestionario y responda según lo que ha sentido las dos últimas semanas y no solamente estos últimos días. Consta de dos partes y al terminar una, continúe con la otra. Siga las instrucciones hasta terminar el cuestionario. Muchas gracias

Nombre: Edad: Fecha: Gr. Instr:

Parentesco: F. ingreso: Procedencia:

PRIMERA PARTE

SUB-ESCALA ANSIEDAD	SI	NO
1. ¿Se ha sentido muy nervioso o en tensión?		
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3. ¿Se ha sentido muy irritable?		
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?		

Si hay más de tres respuestas afirmativas, debe continuar.

	SI	NO
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?		
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?		
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		

SEGUNDA PARTE

SUB-ESCALA DEPRESION	SI	NO
1. ¿Se ha sentido con poca energía?		
2. ¿Ha perdido el interés por las cosas?		
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
4. ¿Se ha sentido sin esperanzas?		

Si hay alguna respuesta afirmativa, debe continuar. Si no es así, ya terminó

	SI	NO
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
7. ¿Se ha estado despertando muy temprano?		
8. ¿Se ha sentido ud. lento?		
9. ¿Cree ud. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		

Anexo 5: Análisis estadístico

Tabla 3

Tabla de contingencia depresion * procedencia

			procedencia		Total
			lima	provincias	
depresion	sin depresion	Recuento	36	12	48
		Frecuencia esperada	34,0	14,0	48,0
	leve	Recuento	31	13	44
		Frecuencia esperada	31,2	12,8	44,0
	moderado	Recuento	7	6	13
		Frecuencia esperada	9,2	3,8	13,0
	severa	Recuento	11	4	15
		Frecuencia esperada	10,6	4,4	15,0
Total		Recuento	85	35	120
		Frecuencia esperada	85,0	35,0	120,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,268 ^a	3	,519
Razón de verosimilitudes	2,134	3	,545
Asociación lineal por lineal	,475	1	,491
N de casos válidos	120		

a. 2 casillas (25.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3.79.

Tabla 4

Tabla de contingencia depresion * tiempo

			tiempo		Total
			menor 15 días	mayor 15 días	
depresion	no	Recuento	38	10	48
		Frecuencia esperada	32,8	15,2	48,0
	leve	Recuento	29	15	44
		Frecuencia esperada	30,1	13,9	44,0
	moderada	Recuento	9	4	13
		Frecuencia esperada	8,9	4,1	13,0
	severo	Recuento	6	9	15
		Frecuencia esperada	10,3	4,8	15,0
Total	Recuento	82	38	120	
	Frecuencia esperada	82,0	38,0	120,0	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,293 ^a	3	,623
Razón de verosimilitudes	8,010	3	,541
Asociación lineal por lineal	7,000	1	,589
N de casos válidos	120		

a. 2 casillas (25.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4.12.

Tabla 9

Tabla de contingencia procedencia * tipo

			tipo				Total
			comorbilid	ansiedad	depresion	ninguno	
procedencia	lima	Recuento	108 _a	26 _a	26 _a	24 _a	184
		Frecuencia esperada	105,8	24,5	30,7	23,0	184,0
	provincias	Recuento	30 _a	6 _a	14 _a	6 _a	56
		Frecuencia esperada	32,2	7,5	9,3	7,0	56,0
Total		Recuento	138	32	40	30	240
		Frecuencia esperada	138,0	32,0	40,0	30,0	240,0

Cada letra de subíndice indica un subconjunto de tipo categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,802 ^a	3	,284
Razón de verosimilitudes	3,556	3	,314
Asociación lineal por lineal	,452	1	,502
N de casos válidos	240		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 7.00.

Tabla de contingencia tiempo * tipo

			tipo			
			comorbilidad	ansiedad	depresión	nonguna
tiempo	menor quince	Recuento	82 ^a	18 ^a	22 ^a	12 ^a
		Frecuencia esperada	77,1	17,9	22,3	16,8
	mayor quince	Recuento	56 ^a	14 ^a	18 ^a	18 ^a
		Frecuencia esperada	61,0	14,1	17,7	13,3
	Total	Recuento	138	32	40	30
		Frecuencia esperada	138,0	32,0	40,0	30,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,783 ^a	3	,286
Razón de verosimilitudes	3,764	3	,288
Asociación lineal por lineal	3,023	1	,082
N de casos válidos	240		

Tabla 10

Tabla de contingencia tipo * educacion

			educacion		Total
			primaria	total	
tipo	comorbilidad	Recuento	12	126	138
		Frecuencia esperada	10,4	127,7	138,0
	ansiedad	Recuento	4	28	32
		Frecuencia esperada	2,4	29,6	32,0
	depresion	Recuento	2	38	40
		Frecuencia esperada	3,0	37,0	40,0
	ninguna	Recuento	0	30	30
		Frecuencia esperada	2,3	27,8	30,0
	Total	Recuento	18	222	240
		Frecuencia esperada	18,0	222,0	240,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,230 ^a	3	,238
Razón de verosimilitudes	6,329	3	,097
Asociación lineal por lineal	2,513	1	,113
N de casos válidos	240		

a. 3 casillas (37.5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.25.

Tabla de contingencia tipo * educacion

			educacion		Total
			secundaria	total	
tipo	comorbilidad	Recuento	112	26	138
		Frecuencia esperada	101,2	36,8	138,0
	ansiedad	Recuento	18	14	32
		Frecuencia esperada	23,5	8,5	32,0
	depresion	Recuento	30	10	40
		Frecuencia esperada	29,3	10,7	40,0
	ninguna	Recuento	16	14	30
		Frecuencia esperada	22,0	8,0	30,0
	Total	Recuento	176	64	240
		Frecuencia esperada	176,0	64,0	240,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,291 ^a	3	,002
Razón de verosimilitudes	14,500	3	,002
Asociación lineal por lineal	8,544	1	,003
N de casos válidos	240		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8.00.

Tabla de contingencia tipo ^ educacion

			educacion		Total
			superior	total	
tipo	comorbilidad	Recuento	14	124	138
		Frecuencia esperada	26,5	111,6	138,0
	ansiedad	Recuento	10	22	32
		Frecuencia esperada	6,1	25,9	32,0
	depresion	Recuento	8	32	40
		Frecuencia esperada	7,7	32,3	40,0
	ninguna	Recuento	14	16	30
		Frecuencia esperada	5,8	24,3	30,0
	Total	Recuento	46	194	240
		Frecuencia esperada	46,0	194,0	240,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	24,927 ^a	3	,000
Razón de verosimilitudes	22,707	3	,000
Asociación lineal por lineal	18,877	1	,000
N de casos válidos	240		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 5.75.